
KOTIHOITO IKÄIHMISEN ARJESSA –
Ikäihmisten kokemuksia palveluista ja kotona pärjäämisestä



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Sosiaalian koulutusohjelma

Lahdensivu 20.5.2011

Pirjo Saloranta



Sosiaalialan koulutusohjelma
Hämeenlinna

Työn nimi Kotihoito ikäihmisen arjessa –
Ikäihmisen kokemuksia palveluista ja kotona pärjäämisestä

Tekijä Pirjo Saloranta

Ohjaava opettaja Päivi Mäntyneva

Hyväksytty 9.6.2011

Hyväksyjä Päivi Mäntyneva

HÄMEENLINNA
Sosiaalialan koulutusohjelma

Tekijä	Pirjo Saloranta	Vuosi 2011
Työn nimi	Kotihoito ikäihmisen arjessa – Ikäihmisen kokemuksia palveluista ja kotona pärjäämisestä	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää kotihoidon asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarvetta kotona asumisessa, ikäryhmällä 65–85-vuotiaat. Tarkoituksena oli myös tulosten kautta kuvata kotihoidon asiakkaiden kokemuksia palvelujen laadusta ja tarpeiden kohdentumisesta. Psykososiaalisen tuen tarpeita aineistosta nousi esiin määrällisten ja laadullisten vastaajakokemusten kautta. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella Kangasalan kunnan kotihoidon 209 asiakkaalta.

Opinnäytetyön taustalla vaikuttavat sosiaaligerontologia ja osaltaan myös kulttuurigerontologia. Pyrkimyksenä oli tuoda esiin sosiaalista, sosiaalipedagogista ja sosiokulttuurista asiakasnäkökulmaa kotihoidon palvelujen tuottamisessa. Teoriaosuudessa käsitellään kotihoidon laatua asiakasnäkökulmasta, palvelutarpeiden arviointia, kotia hoidon ja palvelujen kenttänä sekä ikäihmisen kokonaisvaltaista toimintakyvyn ja voimavarojen huomiointia arjen toimivuudessa.

Tulokset osoittivat, että kotihoidon palvelut olivat ikäihmisten kotona asumisen edellytys. Tyytyväisyyttä ilmaistiin yleisesti kotihoitoon, kotisairaanhoidon, lääkepalveluun ja kodinhoitajien työhön. Tutkimuksen teorian muodostukseen vaikutti runsas yksin asujien määrä, joka oli 72 prosenttia. Yksin asuessa monimuotoiset toimintakyvyn muutokset aiheuttavat erilaisia palvelutarpeita. Tulosten mukaan kotona asumista haittasivat monet tekijät, kuten koettu terveydentila, asuinympäristön haitat ja kodinhoidolliset työt. Merkittävänä esiin nousivat liikkumisen vähyys ja osallistumattomuus kodin ulkopuolelle. Arjen kokemisessa esiin nousi yksinäisyyttä, masennusta, ajoittaista turvattomuutta ja mielekkään tekemisen puutetta. Yksilöllisiä palveluja, kodinhoitajia ja asiantuntijuutta toivottiin lisää. Vastaajilla oli runsaasti erityistoiveita oman arkensa rikastuttamiseksi. Ne liittyivät poikkeuksesta oman kodin ulkopuolelle. Tulokset osoittivat, että ikäihmiset tarvitsevat yksilöllisiä palveluja, neuvontaa sekä osallistumisen ja osallisuuden mahdollisuuksia parantamaan omaa arkea ja elämänlaatua.

Avainsanat: Kotihoito, asiakaslähtöisyys, psykososiaalinen toimintakyky, sosiokulttuurisuus.

Sivut 60 s, + liitteet 6 s.

LAHDENSIVU

Degree programme of Social Services

Author	Pirjo Saloranta	Year 2011
Subject of Bachelor's thesis	Home Care in the Everyday Life of Elderly People – Elderly People's Views on the Services and Coping at Home	

ABSTRACT

The objective of this thesis was to examine the need for domestic psychosocial support for clients of geriatric home care, concerning people aged 65-85 years. The aim was to use the results to depict the clients' experiences on the quality of services and the fulfillment of their needs. The need for psychosocial support was examined through qualitative and quantitative inquiry. The material was collected through a survey among 209 home care clients of municipality of Kangasala.

Social gerontology and also partly cultural gerontology form the background of this thesis. The intention is to embed social, social pedagogical and sociocultural client-oriented perspective into the provision of home care services. The quality of home care from a client-oriented perspective; home as a setting for care and services; assessment of the service needs; and a comprehensive recognition of the functioning capacity and resources of elderly people are discussed in the theoretical background.

The results indicated that the home care services are a prerequisite in order that ageing people can cope at home. According to the survey, positive feedback was generally given to geriatric home care, home nursing, medical service and the work of home care personnel. The outcome of the study was influenced by the large number of people living alone, namely 72 per cent. When living alone, diverse changes in the person's functioning capacity entail various needs for service. According to the results, many factors, such as perceived state of health, inconveniences in the living environment and housekeeping tasks, made living more difficult. Lack of physical activity and not engaging in activities outside the home were considered especially significant. Loneliness, depression, occasional insecurity and lack of meaningful activities emerged from the experiences of daily life. An increasing number of individual services, home care personnel and expertise were requested. The respondents had plenty of special requests to enrich their everyday life. The requests were invariably related to activities outside the home. The results showed that elderly people need individual services, information and opportunities to participate and to be part of the community in order to improve their everyday life and quality of life.

Keywords: geriatric home care, client-oriented approach, psychosocial capacity, socioculturalism

Pages 60 p. + appendices 6 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
1.1	Sosiokulttuurinen vanhuskäsitys ja sosiokulttuurisuus	3
1.2	Tutkimuksen ajankohtaisuus	4
2	KOTIHOIDON PALVELUT KOTONA ASUMISEN TUKENA	6
2.1	Kotihoidon laatutekijät ikäihmisen arjessa	6
2.2	Koti – hoidon ja palvelujen kenttänä.....	7
2.3	Yksilölliset tarpeet ja toiveet – arjen toimijuuden tukena.....	9
2.4	Toimintakyvyn osa-alueet mukana toimijuuden tukemisessa.....	11
2.5	Aikaisemmat tutkimukset.....	15
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	17
3.1	Tutkimustehtävä ja tutkimusmenetelmä.....	17
3.2	Tutkimuksen kulku ja aineiston hankinta.....	18
3.3	Aineiston analysointimenetelmät	19
3.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	20
4	TULOKSET	22
4.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	22
4.2	Vastaajien kotihoitoa koskevat tiedot	23
4.3	Vastaajien kokemus kotihoidon laadusta	28
4.4	Vastaajien kokemus kotona asumisen laadusta.....	35
4.5	Vastaajan kokemat kotona asumista estävät asiat / tekijät.....	39
4.5.1	Asuinympäristön haitat.....	40
4.5.2	Terveystilan fyysiset puutteet.....	40
4.5.3	Psykososiaalisen tuen puute	41
4.5.4	Kodinholdolliset työt.....	41
4.5.5	Vastaajan kokemat kotona asumista edistävät palvelut.....	42
4.5.6	Yksilölliset palvelut.....	43
4.5.7	Kodinhoitajien määrän lisääminen	43
4.5.8	Asiantuntijuuden lisääminen	44
5	POHDINTA.....	45
5.1	Aineiston moniulotteisuus.....	45
5.2	Palvelutarjonnan monipuolistaminen	46
5.3	Sosiokulttuurista näkemystä ikäihmisen arkeen	49
5.4	Johtopäätökset	50
	LÄHTEET	54
Liite 1	Saatekirje	
Liite 2	Lupa-anomus vastaajilta	
Liite 3	Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion tavoitteena on tarjota kaikille kansalaisille hyvätasoiset palvelut kattavasti ja tasa-arvoisesti (Raunio 2008, 4). Vanhustenhuollon valtakunnalliset linjaukset painottavat ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämistä, kotona asumisen tukemista ja avopalvelujen ensisijaisuutta, kuten myös riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamista. Tutkimusten mukaan tämä on myös ikääntyvän väestön oma toive. Ikäihmisten kotona asumisen turvaaminen on Suomen ikääntymispolitiikan strategisissa linjauksissa ja ohjelmissa ikäihmisten kotihoidolle asetettu keskeinen tavoite. Ikäihmiset myös odottavat ja toivovat saavansa tarvitsemansa palvelut toimintakyvyn muuttuessa. (Heinola 2007, 9; STM 2008.)

2000-luvulla on käynnistetty monia valtakunnallisia kehittämishankkeita julkisen palvelujärjestelmän rakenteiden ja toimintatapojen uudistamiseksi. Yksi näistä on Paras-hanke, joka on Suomen historiassa suurin kunnallishallinnon ja palveluiden uudistus, jonka tarkoituksena on turvata väestön terveys ja hyvinvointi sekä hyvät palvelut kaikille asuinpaikasta riippumatta. Tähän pyritään kuntaliitosten ja kuntien välisen yhteistyön avulla. Toinen merkittävä valtakunnallinen kehittämisohjelma on Kaste-ohjelma, jonka tavoitteena on lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä, parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta sekä lisätä väestön osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä. Näihin tavoitteisiin pyritään ehkäisemällä ongelmia, varmistamalla henkilöstön riittävyys ja osaaminen sekä luomalla sosiaali- ja terveydenhuollon eheät palvelukokonaisuudet ja vaikuttavat toimintamallit. (STM- Kaste-ohjelma 2008–2011; Paras-hanke 2007–2012; Raunio 2008, 6–7; STM 2010.)

Suomalaisen palvelujärjestelmän keskeinen lähtökohta on julkisen vallan vastuu palvelujen järjestämisestä. Kunnilla on lainsäädännön velvoittama vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä asukkailleen. Lainsäädäntö ei kuitenkaan säätele toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa. Kuntaorganisaatiolla onkin monta vaihtoehtoa tuottaa palvelut esimerkiksi yhteistyössä toisten kuntien kanssa. Kunta voi ostaa palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta tai muilta kunnilta tai kuntayhtymiltä. Yksi vaihtoehto on järjestää palveluita palvelusetelin avulla. Kunnat voivat näin ollen tässä asiassa monella eri tapaa täyttää lakisääteisen velvoitteensa. (Raunio 2008, 7–13.) Edellä mainitut valtakunnalliset linjaukset ja suositukset sekä näiden pohjalta kunnan laatimat vanhushuollon linjaukset ja kotihoidon kriteerit luovat raamit ja tarkastelunäkökulman opinnäytetyölle. Lisäksi aihevalinnan mukainen kirjallisuus, aikaisemmat tutkimukset ja kyselystä saadut tulokset mahdollistavat keskinäisen vuoropuhelun.

Ikäihmisten syrjäytyminen on nähty yhdeksi tämän päivän kasvavaksi ilmiöksi yhteiskunnassamme. Luvussa 1.2 käsittelen ikäihmisten syrjäytymiseen liittyviä tekijöitä. Näitä tekijöitä nousee esiin myös tässä tutkimuksessa muun muassa yksinäisyytenä ja toiminta- ja liikuntakyvyn heikkenemisenä. Yhteiskunnasta ja sosiaalisesta kanssakäymisestä sivuun jäämi-

nen ja sen myötä syntyvä osattomuus vaikuttavat kokemukseen arvostuksesta ja tällä on yhteyttä ikäihmisen psykososiaaliseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun.

Opinnäytetyön tehtävänä ja lähtökohtana on ollut psykososiaalisen toimintakyvyn tukemisen tarpeen selvittäminen asiakastyytyväisyyskyselyn pohjalta. Tämä lähtökohta ja tarkoitus kulminoituvat opinnäytetyössä monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta, joita ikäihminen kohtaa itsenäisen selviytymisensä heiketessä. Tästä syystä en voi tarkastella pelkästään psykososiaalista toimintakykyä, koska toimintakyvyn eri osa-alueet ovat kiinteässä ja erottamattomassa yhteydessä toisiinsa, kuten Blomqvist ja Hovila (2005, 14) toteavat. Pyrin myös luomaan aineistosta kokonaiskuvan, joka kattaa koko kyselyn ja mahdollisen tulosten hyödyntämisen.

Tarkastelen teoriaosuudessa tutkimustulosten kautta aineistosta esiin nostoni teemoja, jotka olen tiivistänyt neljään kokonaisuuteen. Luvussa 2.1 ”Kotihoidon laatutekijät ikäihmisen arjessa” kuvaan ikäihmisen arjessa vaikuttavia kotihoidon rakenne- ja prosessitekijöitä asiakaslaadun näkökulmasta. Luvussa 2.2 ”Koti – hoidon ja palvelun kenttänä” käsittelen asiakaslähtöistä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa sekä palveluohjausta. Luvussa 2.3 ”Yksilölliset tarpeet ja toiveet – arjen toimijuuden tukena” luon kuvaa kodin merkityksestä ikäihmiselle ja sen ymmärryksen tiedostuksesta palvelun antajalle. Luvussa 2.4 ”Toimintakyvyn osa-alueet mukana toimijuuden tukemisessa” käsittelen kattavaa palvelutarpeen arviointia ikäihmisen voimavarojen ja toimintakyvyn kartoittamisessa kohti toimijuutta.

Hyvän elämän toteutumisen näkökulmasta ikäihmisen äänen kuuluminen palvelujen tuottamisessa on oleellista, ja se on myös asiakaslähtöisyyden eettinen lähtökohta. Asiakaskyselyt ja sitä kautta saatu asiakaspalaute ovat tärkeitä laadun mittareita ja kehittämistoiminnan avaimia. Opinnäytetyön pyrkimyksenä on tuoda ikäihmisen ääni kuuluviin ja nostaa esiin heidän toiveitaan ja kehittämisen tarpeitaan kotona asumisestaan. Luvussa 1.1 käsittelen sosiokulttuurista vanhuskäsitystä, joka on myös ohjaava näkökulma opinnäytetyössäni. Lisäksi näen tärkeänä ja tarpeellisenä korostaa kulttuuri- ja taidetoiminnan merkitystä ikäihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, sosiaalisen kanssakäymisen ja yhteisöllisen osallisuuden voimaannuttavasta näkökulmasta. Tulosluvussa, pohdinnassa ja johtopäätöksissä käsittelen sosiokulttuurista työotetta ikäihmisten arjen rikastuttajana.

Kotihoidon asiakkaan palvelukokonaisuutta ja yksilöllistä palveluverkoston muodostumista voidaan tukea palveluohjauksen keinoin. Palveluohjauksen yksi merkittävä tavoite on verkottaa palvelujen tuottajat, auttajatahot sekä kolmas sektori. Tavoitteena on auttaa ikäihmistä selviämään mahdollisimman itsenäisesti jokapäiväisessä elämässään. (Hänninen, 2008, 204.) Palvelujärjestelmässä ikäihmisten toimijuus ei aina toteudu tasa-arvoisesti ja tästä syystä ikäihmiset tarvitsevat useasti puolestapuhujaa, jotta heidän asiansa palvelujärjestelmässä etenisivät (Zehner 2007, 165–166). Näitä asioita käsittelen muun muassa luvussa 2.2 sekä johtopäätöksissä.

Opinnäytetyön taustalla kulkevat monitieteinen sosiaaligerontologia ja osaltaan myös kulttuurigerontologia. Kulttuurigerontologisen tutkimuksen soveltaminen käytännön vanhustyöhön on vahvistunut tämän päivän sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen merkitystä, jossa keskeisessä asemassa on ikäihmisen voimavarojen tukeminen. Sosiaaligerontologian perusta puolestaan pohjautuu yksilön ja ympäristön väliseen suhteeseen. Sosiaaligerontologia tutkii myös vanhenemisen tuomia muutoksia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, kuten rooleissa, sosiaalisissa verkostoissa, osallistumisessa, elintavoissa ja elämäntavoissa. Sosiaaligerontologian näkemys piirtää kuvaa vanhenemisen sosiaalisuudesta. (Jyrkämä 2003, 267.)

Pyrin teorian kautta nostamaan esiin niitä ilmiötä, joita ikäihmiset kuvaavat omassa kodissaan asumisesta, kokemuksista palveluista, tarpeistaan ja toiveistaan. Kysely on toteutettu Kangasalan kunnan kotihoidon asiakkaille marras-joulukuussa 2010. Opinnäytetyöni lukeutuu sosiaalitutkimuksen piiriin. Sosiaalitutkimuksen luonteeseen kuuluu ihmisen arjen ymmärtäminen. Sosiaalitutkimuksen tavoitteena on paitsi ymmärtää ihmisen arjen todellisuutta myös pyrkiä parantamaan sitä. Vaikka tässä opinnäytetyössä on kysymys palvelujen tuottamisen moniulotteisesta kokonaisuudesta, on silti kyse ainutkertaisten ihmisten arjesta ja elämästä, joka on aina ihmiselle ensisijaista.

1.1 Sosiokulttuurinen vanhuskäsitys ja sosiokulttuurisuus

Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat ikäihmiset ja heidän elämäntilanteensa ja kotona asumisen arkensa erilaisine palvelutarpeineen. Koskinen mukaan vanhuus ja vanheneminen ovat osa sitä kulttuurista arvomaailmaa jossa elämme. Koskinen valottaa että, historiallisesti katsottuna on aina ollut kahdenlaista suhtautumista vanhuksiin. Vanhuskäsitys on siten ollut ambivalenttinen ja polarisoitunut. Samanaikaisesti on vallinnut myönteinen ja kielteinen vanhuskäsitys. Samaa kaksikasvoisuutta on nähtävissä myös tänä päivänä. (Koskinen 2007, 35.)

Vallitseva vanhuskäsitys on ikäihmisten kannalta merkittävää, sillä vanhuskäsitykset heijastavat sitä millainen arvo ikäihmiselle annetaan yhteiskunnassa, kunnan tasolla tai palveluyksikön tasolla. Koskisen mielestä paikallisen ikääntymispolitiikan perustana oleva vanhuskäsitys tuottaa ikäihmisen kannalta erilaista palvelua. Koskisen mukaan ikäihmisen kulttuuriseen asemaan vaikuttaa tällä hetkellä kahdenlaiset vanhuskäsitykset: biolääketieteellinen ja sosiokulttuurinen. Biolääketieteellinen vanhuskäsitys näkee ikääntymisen usein raihnaisena, sairauskeskeisenä ja diagnosoitavana. Medikalisaatio on lisääntynyt myös kotihoidossa, todetaan valtion tarkastusviraston raportissa säännöllisen kotihoidon nykytilasta. (Koskinen 2007, 36; Vanhuspalvelut: säännöllinen kotihoito 2010, 116.)

Sosiokulttuurinen vanhuskäsitys puolestaan näkee ikääntymisen myönteisemmin historiallisena, kulttuurisena ja sosiaalisena ilmiönä. Ikääntymisen sosiokulttuurisessa vanhuskäsityksessä korostaa ikääntymisen monimuotoisuutta ja kiinnittää huomiota ikääntymiseen liittyviin voimavaro-

hin ja vahvuuksiin. Ikääntyminen ymmärretään myös tästä näkökulmasta arvokkaana ja asiaankuuluvana osana elämää. (Koskinen 2007, 36; Koskinen 2004, 38.)

Opinnäytetyöni yksi avainkäsitteistä on sosiokulttuurisuus, jonka Hakonen määrittelee sellaisena sosiaalisena kontekstina, joka sitoo yhteen ikäihmisen elämänsä elämänhistorian sekä ikääntymisen paikat ja yhteiskunnan. Sosiaalinen konteksti on suuntautumista ikäihmisen voimavaroihin, kokemuksiin ja ikääntymisen paikkoihin. Ikäerityisyys on ankkuroitunut tähän merkityskokonaisuuteen, jossa ikäihmiset nähdään aktiivisina toimijoina. Ikääntymisen paikkoina pidetään kotia, yhteisöjä, palvelu- ja toimintajärjestelmää sekä yhteiskuntaa. (Hakonen 2008, 33.)

1.2 Tutkimuksen ajankohtaisuus

Ikääntyvän väestön kasvaessa haasteet kohdistuvat avopalveluihin ja erityisesti kotihoitoon. Omassa kodissa halutaan asua ja sitä vaihtoehtoa tuetaan myös valtion ja kunnan taholta. Vanhuus on monilta osin moninaistunut ja eriarvoistunut. Ikäihmiset on varsin heterogeeninen ryhmä ja palvelun ja avun tarpeet ovat myös yksilöllisiä ja moninaisia. Palvelujen tavoitteena on tukea hyvää elämänlaatua ja itsenäistä suoriutumista riippumatta ikäihmisen toimintakyvystä (Eloranta & Punkanen 2008, 41).

Onnistuva ikääntyminen ei ole yksin merkityksellistä ikäihmiselle, vaan sillä on monitahoiset vaikutukset yhteiskunnan rakenteisiin ja erityisesti sosiaalipalveluiden käyttöön ja kustannuksiin (Eloranta & Punkanen 2008, 7). Keskeisiä ihmisarvoisen ja hyvän vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaisella on oikeus turvalliseen ja arvokkaaseen vanhuuteen sekä hyvään kohteluun asuinpaikasta riippumatta. (STM 2008, 12.)

Niemelä (2009, 27) kuvaa syrjäytymisen monimuotoisuutta ja sen näyttäytymistä kotona asuvien ikäihmisten keskuudessa muun muassa yksinäisyytenä, toiminta- ja liikuntakyvyn menettämisenä, dementiaa, sairauksien seurauksena, köyhyytenä, mielenterveysongelmien seurauksena ja alkoholinkäytön seurauksena, omaishoidossa, puolison kuoleman jälkeen, suuhygienian vuoksi ja hyväksikäytön vuoksi. Myllärinen ja Tast painottavat, miten tällaisissa tilanteissa yksilö tarvitsee erityisesti lähiyhteisönsä tukea. Tarvitaan uusia toimintatapoja, yhteisöjen organisoijia, ja innostajia, jotka auttavat löytämään keinoja, joiden kautta nousee ihmisten ääni kuuluville ja joka kehittää osallistumisen mahdollisuuksia yhteisössä. (Myllärinen & Tast 2001, 43.) Monimuotoisen syrjäytymisen näkökulmasta ikääntyvien toimintakykyä ylläpitävään toimintaan yhdessä varhaisen puuttumisen kanssa tulee kiinnittää huomiota. Tämä ennaltaehkäisee ongelmien kasautumista ja siirtää palvelujen tarvetta tulevaisuuteen. (STM 2008, 22.)

Yksinäisyys on yksi ikääntymisen keskeisistä ongelmista. Noin 10 prosenttia tutkimusten mukaan ikäihmisistä kärsii yksinäisyydestä. Noin kolmasosa vanhuksistamme, noin 270 000 henkeä, kokee lievää tai ajoittaista

yksinäisyyttä. 40 000 ikäihmistä on jatkuvasti yksinäisiä. Yksinäisyys on subjektiivinen kokemus, ja se syntyy suhteessa itse asetettuihin tavoitteisiin ja niihin liittyviin odotuksiin (Niemelä & Nikkilä 2009, 136). Pahimmillaan yksinäisyys on totaalista – ihminen on täysin hylätty. Yksinäisyys ja masennus ruokkivat toinen toistaan ja molemmat lisäävät itsemurhariskiä. Suomessa ikäihminen tekee itsemurhan joka toinen päivä. Tahottomaton yksinäisyys saattaa edistää fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia, lisää dementiariskiä ja oirekuvaa yleisesti. (Eloranta & Punkanen 2008, 106–107.)

Yksinäisyys, masentuneisuus ja sosiaalinen eristäytyneisyys liittyvät usein yhteen ja ovat paljolti myös yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn, sairasteluun, avun tarpeen lisääntymiseen ja laitoshoitoon päättymiseen (Routasalo, Pitkälä, Savikko & Tilvis 2003, 10–11; Pitkälä, Routasalo & Blomqvist 2004, 64–65; Routasalo & Pitkälä 2005, 19). Tutkimusten mukaan noin 15 prosenttia kotona asuvista ikäihmisistä arvioidaan depressiivisiksi. Ikääntyneiden mielialaongelmia ei aina tunnisteta eikä siten hoideta riittävän tehokkaasti. Ikääntyneiden mielenterveyden suurimmat ongelmakohdat ovat tutkimusten mukaan masennus ja dementiaan liittyvät psykologiset ja käyttäytymisen oireet. Vanhustyön MielenMuutos-hankeen pyrkimyksenä on löytää keinoja mielenterveysongelmien ehkäisemiseen ja hoitamiseen sekä edistää ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia. Tärkeänä painopistealueena hankkeessa on psykososiaalisen tuen, hoidon ja kuntoutuksen näkökulma. Hankeen kautta etsitään uusia asiakaslähtöisiä toimintamalleja masentuneen ikäihmisen hyvinvoinnin lisäämiseksi. Ikääntyneillä käytetään yleisesti lääkehoitoa, vaikka tutkimusten mukaan ikäihmiset hyötyisivät terapiamuotoisesta hoidosta samalla tavalla kuin nuoremmatkin. (MielenMuutos-hanke 2007–2010; ks. myös Eloranta & Punkanen 2008, 112.)

Päihteiden lisääntynyt käyttö ja niiden haitat näkyvät myös omissa kodeissaan asuvien ikäihmisten kohdalla. Päihdeongelmat kasaantuvat usein juuri moniongelmaisille ikääntyneille. Menetykset ja elämänmuutokset ovat luokiteltavissa psykososiaalisiksi riskitekijöiksi, ja erityisesti puolison kuolema on tällainen. Suojaavina tekijöinä näissä tilanteissa toimisivat merkityksellisten korvaavien aktiviteettien ja tarpeellisuuden tunteen löytäminen elämään. (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 15.)

Tilastot kertovat, että raittiiden eläkeläisten osuus on pienentynyt jatkuvasti (Niemelä 2009, 45). Ikääntyneiden alkoholin käyttö on hyvin monisyinen ilmiö. Kokonaistilannetta kartoitettaessa on huomioitava lukuisia eri ulottuvuuksia ja elementtejä ikääntyneiden elämässä. Ikääntymisen vaikutukset ovat yksilöllisiä, ja siksi alkoholinkäyttöäkin tulee arvioida suhteessa kunkin ikäihmisen terveyden ja elämäntilanteen kokonaisuuteen, huomioiden käytössä olevat lääkkeet (Eloranta & Punkanen 2008, 131). On myös todettu ettei nykyinen palvelujärjestelmä vastaa ikääntyneiden päihdeongelmaisten tarpeisiin. Alanko, Viljanen ja Haarni kirjoittavat, ettei vanhustenhuolto ota nykymuodossaan huomioon ikääntyvien päihdeongelmien esiintymistä. Lisäksi työntekijöillä ei välttämättä ole osaamista kohdata päihdeongelmaisia, eikä päihdehuoltojärjestelmä huomioi ikään-

tyneen asiakkaan erityispiirteitä riittävästi. (Haarni, Viljanen & Alanko 2007, 7–8.)

2 KOTIHOIDON PALVELUT KOTONA ASUMISEN TUKENA

Seuraavassa luvussa tarkastelen kotihoidon laatutekijöitä. Näillä laatutekijöillä on suuri merkitys siihen, miten ikäihminen oman arkensa kokee. Asiaksnäkökulmasta kotihoidon laatua arvioivat kotona asuvat ikäihmiset eli palvelun saajat. Kotihoito pitää sisällään säännöllisen kotihoidon ja tarpeen mukaiset tukipalvelut. Säännölliseen kotihoitoon luetaan kotisairaanhoido ja kotipalvelu. Asiaksnäkökulmasta kotihoidon keskeiseksi laatutekijäksi muodostuvat tarpeita vastaavat palvelut sekä kotihoidon työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön laatu. Tähän puolestaan vaikuttavat kotihoidon työntekijän työn ja ammattitaidon laatu sekä näistä tekijöistä muodostuva kokonaisuus eli kotona asumisen laatu.

2.1 Kotihoidon laatutekijät ikäihmisen arjessa

Ikäihmisen kotona asumista mahdollisimman pitkään voidaan turvata eri toimijoiden taholta räätälöidyllä palvelukokonaisuudella. Lähtökohtana tulee olla asiakkaan ja hänen omaistensa todellinen kuuleminen. Palvelukokonaisuus voidaan muodostaa integroimalla asiakkaan tarpeet, järjestelmän reunaehdot sekä eri palveluntuottajien mahdollisuudet osallistua kotihoidon toteuttamiseen. Kyseessä voivat olla yksityiset palveluntuottajat, kunnallinen kotihoito, omaiset, läheiset, naapurit, seurakunta ja kolmannen sektorin kautta saatu apu. Ikäihmisen hyvään kotihoitoon liittyy laaja-alainen moniammatillinen yhteistyöverkosto, jossa palvelujen koordinointi, toimiva yhteistyö ja viestintäjärjestelmän toimivuus ovat merkittävässä asemassa. (Tepponen 2007, 69.)

Kotihoito on tällä hetkellä ikäihmisten palvelurakenteen keskeisin ja mit-tavin palvelu. Siksi on tärkeää turvata kotihoidon hyvä laatu. Kotihoidon laatua voidaan Voutilaisen mielestä tarkastella monelta eri tasolta aina asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tasolta ylimmälle yhteiskunnan tasolle asti. Laadun tarkastelussa on oleellista se, kenen näkökulmasta laa-tua kulloinkin tarkastellaan. Voutilainen tähdentää, ettei laadun arviointi kuitenkaan ole yksiselitteinen asia. Siihen vaikuttavat eri osapuolten odo-tukset ja niiden yhteensovittaminen. Oleellista on arvioida asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tasoa, johon liittyvät asiakkaan tarpeet ja odotukset, mutta myös työntekijän tiedot, taidot, jaksaminen ja toimintata-pa. (Voutilainen 2007, 10–13.)

Tenkanen (2003, 29) kirjoittaa, ettei palvelutoiminnan tarkastelu organi-saation tasolla tuo riittävästi esille palvelujen käyttäjien tai henkilöstön toiminta- ja työtapoja. Asiakkaan äänen kuuleminen ja huomioiminen tut-kimuksessa on tärkeää, koska asiakkaan ja asiantuntijan tasavertaisuus jää usein käytännössä toteutumatta. Tätä tapahtuu vaikka asiakaskeskeisyyttä ja asiakkaan oikeuksia korostetaan sekä ideologisella tasolla että käytän-

nön hoito- ja sosiaalityön lähtökohtana. Tenkanen peräänkuuluttaa tarkempaa analyysia kotihoidolta, jotta tiedetään, miten käytännön asiakasyhteistyö toteutuu ikäihmisen arjessa. Tässä kotihoitoa saavien ikäihmisten kokemukset ovat ensisijaisia. (Tenkanen 2003, 30.)

Laadukas kotihoito tyydyttää omassa kodissaan asuvan ikäihmisen avun, hoidon ja hoivan tarpeet. Näin saadun avun riittävyys kuvaa tarpeen tyydytystä eli hoidon laatua. (Tepponen 2009, 154.) Gothoni syventää tyytyväisyyden käsitettä. Hänen mukaansa se on tyydytettyjen tarpeiden ja koettujen tarpeiden suhde, ja se riippuu sekä saavutuksista että ihmisen vaatimuksista ja odotuksista (Gothoni 2007, 15).

Kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat monissa kunnissa viime vuosina yhdistetty yhteiseksi kotihoidoksi. Yhdistymistä tutkinut Tepponen on määritellyt kotihoidon seuraavasti. Kotihoito on hänen mukaansa hyvin suunniteltujen ja organisoitujen palvelu- ja hoitoprosessien eheä kokonaisuus, jonka tavoitteena on vastata vanhusasiakkaan tai -asiakasryhmän moninaisiin ja monimutkaisiin terveys- ja hyvinvointitarpeisiin tarkoituksenmukaisesti, riittävästi ja kustannusvaikuttavasti. Yhdistyminen tuo Tepposen mielestä mukanaan monia uusia haasteita palvelujärjestelmään, sen toteutustapaan, sisältöön ja laatuun. (Tepponen 2009, 33). Tavoitteena kotihoidon yhdistämisessä tulisi olla yli hallintorajojen ylettyvä yhteistyö, joka nojaa moniammatillisuuteen. Tässä näkemyksessä eri ammattiryhmiin kuuluvat työntekijät työskentelevät tavoitteellisesti yhdessä yhteisen asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseksi. (Helminen & Karisto 2005, 14.)

Heinola jakaa kotihoidon laatutekijät rakenne- ja prosessitekijöihin sekä niistä johdettuihin lopputuloksiin. Heinolan mukaan rakennetekijät luovat toiminnalle edellytykset. Ammattitaitoiseen palveluun päästään panostamalla henkilökunnan määrään, sen rakenteeseen sekä johtamis- ja työnjakokäytäntöihin. Henkilöstö on kotihoidon tärkeä laatutekijä eritoten asiakaskasnakokulmasta, sillä henkilöstö ja muut rakennetekijät luovat edellytykset hyvälle asiakastyölle ja sitä kautta hyvälle tuloksille. Voutilainen painottaa sitä, miten prosessitekijät kattavat koko toimintaprosessin asiakassuhteen alusta sen päättymiseen. Prosessia tulee arvioida kiinnittämällä huomiota toimintaan ja arvioimalla, onko toiminta sellaista, että se takaa hyvän hoidon ja palvelun toteutumisen. Kotihoidossa on tärkeää arvioida näitä rakennetekijöitä, prosessia ja tuloksia asiakkaan, työntekijöiden ja johtamisen laatu huomioon ottaen. (Voutilainen 2007, 15; Heinola 2007, 98–99; ks. myös Tenkanen 2003, 29)

2.2 Koti – hoidon ja palvelujen kenttänä

Sosiaalipedagogiikan yhtenä erityistehtävänä on syrjäytyneinä ja onnettomina elävien ihmisten tukeminen heidän arkipäivässään. Ikäihmiset tarvitsevat tässä erityistä tukea, jotta he voisivat elää täyttä ja inhimillistä arkipäivän elämää yhdessä toisten kanssa (Kurki 2007a, 31). Hämäläisen ja Kurjen mukaan sosiaalipedagogiikka tulee nähdä myös inhimillissosiaalisista tarpeista huolta kantavana sosiaalityönä ja sen tulisi näkyä ikääntyneen arjen käytänteissä. Hämäläinen ja Kurki toteavatkin, että ihmistä tu-

lee auttaa hänen inhimillisten mahdollisuuksiensa maksimaalisessa kehittämisessä ja sen ympäristön parantamisessa, jossa ikäihminen elää. (Hämäläinen & Kurki 1997, 190–190.)

Laadukkaan kotihoidon eli ikäihmisen kotiin annettavan palvelutoiminnan tuottaminen perustuu lukuisten lakien, asetusten, valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien, suositusten ja sosiaali- ja terveystieteellisten asiakirjojen esittämiin tavoitteisiin tarpeen määrästä ja laadusta. Edellä mainittujen asiakirjojen tavoitteiden kohdentuminen konkretisoituu asiakkaan palveluissa muun muassa asiakaslähtöisyytenä, kattavana palvelutarpeen arviointina sekä tavoitteellisenä säännöllisesti arvioituna ja dokumentoituna hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmana. Palvelutarpeen arviointi tapahtuu ikäihmisen todellisessa elinympäristössä eli hänen kodissaan. Saarenheimo tiivistää ymmärrettävästi asiakaslähtöisen tiedon hankkimisen ytimen. Vain ihmiseltä itseltään saa tietää, mistä hänen kohdallaan hyvä vanheneminen ja hyvä elämä muodostuvat ja mitkä asiat ovat merkityksellisiä yksilöllisesti juuri kyseiselle ikäihmiselle. Merkityksellisyyteen liittyy ikäihmisen elämäntarinan kuuleminen ja vastavuoroinen dialogi. Aina ei kaikkeen tarvita rahaa, vaan pikemminkin asennetta. (Saarenheimo 2003, 50.)

Huolellisella hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisella voidaan saavuttaa Saarenheimon kuvaamaa asiakaslähtöisyyttä. Asiakaslähtöisyys perustuu myös ikäihmisen ja hänen läheistensä oikeuteen ja mahdollisuuteen olla osallisena palvelua koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin. Palvelutarpeen arvioinnissa huomiota tulee kiinnittää toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään toimintaan, toimintaympäristön huolelliseen ja monipuoliseen arviointiin. Voimavarojen arvioinnissa myös ihmisen fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset, sosiaaliset, kielelliset ja kulttuuriset tarpeet tulee ottaa huomioon. Hyvään suunnitelmaan tulee kirjata myös, milloin ja miten tavoitteiden saavuttamista arvioidaan yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tarpeellista on hyödyntää uutta olemassa olevaa tutkimustietoa hyvistä käytännöistä. Suositusten mukaan palvelutarpeen kartoituksessa tulee huomioida myös tilannekohtaisen toimintakykymittariston ja arviointijärjestelmän käyttö. (Voutilainen 2007, 14–15; Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi - Sulkava ja Finne - Soveri 2002, 91–94; Heinola 2007, 99; STM 2008, 31.)

Liikanen tähdentää, että hoito- ja palvelusuunnitelmiin tulee kirjata asiakkaan kulttuuritarpeet, yksilölliset toiveet ja toteutus. Tällöin asiakkaan elämänhistoria, harrastukset ja tottumukset tulevat henkilökunnan tietoon. Hän toteaa omahoitajan olevan avainasemassa huolehtimaan asiakkaan kulttuurisista, taiteellisista, fyysisistä ja henkisistä tarpeista. (Liikanen 2010, 17.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteiden toteutumista voidaan merkittävästi tukea myös palveluohjauksen avulla. Tarve voidaan todeta välittömästi tai tarve palveluohjaukselle voi muodostua myöhemmin. Yksilökohtainen palveluohjaus on aina asiakaskeskeinen tapa vastata yksilöllisiin palvelutarpeisiin (STM 2008, 27). Palveluohjaukseen valitaan kotihoidos-

sa olevia ikäihmisiä, joiden kotona selviytyminen on heikentynyt ja heidän selviytymisessään on nähtävissä riskitekijöitä (Eloranta & Punkanen 2008, 181). Palveluohjauksella pyritään näin ollen turvaamaan asiakkaalle oikeanlaiset tarpeita vastaavat palvelut oikeaan aikaan. Palveluohjauksella saavutetaan tällöin myös ennaltaehkäisevä tarpeisiin vastaaminen, jolloin se estää samalla tilanteen huonontumisen. (Hänninen 2008, 206.)

Suomisen (2002 9, 53) mukaan palveluohjaajan toimeksiantajana on aina asiakas, jolloin työ pohjautuu asiakkaan elämismailmaan, hänen päämääriinsä ja voimavaroihinsa. Yhteistyössä asiakkaan kanssa pyritään tunnistamaan ja vahvistamaan hänen voimavarojaan ja tukemaan näin arjessa selviytymistä. Hän painottaa, että palveluohjausta parantaa toimiva yhteistyö ja pääsy kaikkiin asiakkaan kanssa työtä tekevien palvelutuottajien verkostoihin.

Palveluohjaus jaetaan viiteen vaiheeseen. Asiakkaan valikointiin, asiakkaan palvelutarpeiden arviointiin, palveluiden ja tuen suunnitteluun ja järjestämiseen, palvelutavoitteiden toteutumiseen seurantaan ja tarvittaessa palvelukokonaisuuden korjaamiseen ja palveluohjauksen päättämiseen. (Eloranta & Punkanen 2008, 181; Pietiläinen & Seppälä 2003, 12; Hänninen 2008, 206).

Palveluohjaus on keino, jonka kautta asiakkaan ääni palvelujen tarpeista tulee paremmin huomioitua. Keskeistä palveluohjauksessa asiakkaan näkökulmasta on tieto, kuka hänen asioitaan hoitaa, luottamuksellinen dialogi, jatkuvuus ja tarpeisiin vastaaminen. Palveluohjaus on asiakaslähtöinen ja varteenotettava asiakkaan etua korostava työtapana. Palveluohjauksella tarkoitetaan sekä asiakastyön menetelmää että palveluiden yhteensovittamista organisaatioiden tasolla. (Hänninen 2008, 205; ks. STM 2008 23, 51.)

2.3 Yksilölliset tarpeet ja toiveet – arjen toimijuuden tukena

Aikaisemmin luvussa 1.2 paneuduin ikäihmisten syrjäytymiseen ja niihin monimuotoisiin haasteisiin, joita se tuo mukanaan asianosaiselle itselleen sekä auttajataholle. Tällöin tarvitaan Myllärisen ja Tastin (2001, 42–43) mielestä enemmän ihmisen toimintakykyä tukevaa ammatillista työtä. Sosiaalialan työ ja siihen liittyvä asiantuntijuus kohdistuvat ihmisen arkeen ja sen sujuvuuden lisäämiseen, jossa arki on keskiössä. Heidän mukaansa arjen ymmärtämisestä nousevat uudenlaiset työkäytännöt, jotka edellyttävät kehittävää ja arkea tutkivaa työtä. Tavoitteena he näkevät ihmisten osallistamisen oman arkensa sujuvuuden lisäämiseen. He myös painottavat, miten arjen vaikeuksia voidaan ennakoida ja jopa estää niiden kärjistymistä varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työn keinoin.

Ihmisen elämä muodostuu siis suurelta osin arjesta, jolloin arjen sujuvuus on merkityksellinen osa koettua elämänlaatua. Arki sisältää lukuisen määrän elämänlaadun eri ulottuvuuksia. Keskeisimpiä Tenkasen (2003, 90) mukaan ovat asuminen, elinympäristö, fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi, hoidon ja avun saaminen, sosiaaliset suhteet, autonomia ja tarkoituk-

senmukainen toiminta. Salonen (2007, 43) kirjoittaa, miten työntekijän näkökulmasta kodin merkityksen ymmärtäminen on tärkeää. Kodit voidaan nähdä mahdollisuuksien kenttänä ikäihmisen toimijuuden tukemisessa. Kodit ovat yleisesti arkisten askareiden, ajan käytön, ystävyys-suhteiden, harrastusten ja yksityisyyden tyyssijojä. Kotiin liittyy monia subjektiivisia merkityksiä hyvinvoinnissa, elämänhallinnassa, elämäntavassa ja yksilöllisissä valinnoissa, joita ei Salosen mukaan pidä aliarvioida. Lähdesmäki ja Vornanen (2009, 37) ovat samoilla linjoilla. He toteavat, miten kodin merkitys ikäihmiselle on kiistaton. Heidän mukaansa kodin merkitys perustuu tuttuuteen, emotionaaliseen turvaan ja toiminnalliseen vapauteen.

Salosen (2007, 103–104) tutkimuksessa ilmeni myös, miten kodin kokemus sisältää omakohtaisen tunteen itsenäisyydestä, riippumattomuudesta, yksilöllisyydestä ja turvallisuudesta. Kodit ovat myös osa ikäihmisen persoonallisuutta, ajatusmaailmaa, ja koti myös edustaa ikäihmistä niin yksilönä kuin ihmisenä. Salonen painottaa myös, että kotiin kiteytyy emotionaalinen kiintymys, elämän mielekkyys ja elämänarvon tunteet. Kodin myös koetaan antavan turvaa, suojaa, rauhaa ja koti mahdollistaa integriteetin ja intimitetin säilymisen. Hänen mielestään kodin tärkeyttä kuvaa myös se, että ikäihmiset haluavat huolehtia kodeistaan siivoamalla ja järjestelemällä itselle tärkeitä esineitä lähelle ja saataville. Hänen mukaansa näistä näkökulmista katsottuna koti fyysisenä tilana ylläpitää omatoimisuutta, aktiivisuutta, toimintakykyä, elämänhallinnan tunnetta ja tyytyväisyyttä.

Toimintakyvyn muutokset johtavat kuitenkin usein tilanteeseen, ettei ikäihminen pysty toteuttamaan itselle merkityksellisiä toimia ja askareita oman kotinsa hyväksi. Tällöin monimuotoiset ulkopuoliset palvelut tulevat ajankohtaisiksi. Kuronen (2007, 125) toteaa, miten kotisiivous on poistettu monen kunnan palvelutarjonnasta. Hän pohtii, onko vanhusten kotisiivous hoivaa vai palvelua. Tedren mukaan hoivassa on kyse arjen tukemisesta. Hoivan käsite sisältää avun tarvetta, fyysisiä rajoitteita, voimattomuutta, riippuvaisuutta, muistamattomuutta tai osaamattomuutta. Hänen mukaansa hoiva ymmärretään arjen uusintamisena, jossa on kysymys arkipäivän ja elämän jatkuvuudesta huolehtimista. Ikäihmisten kohdalla erityisesti kyse on arjen auttamisesta ja avun vastaanottamisesta. Kodin siivous suhteessa hoivaan näyttää vaikuttavan siihen, kenen tehtäväksi se katsotaan. (Tedre 2003, 64.)

Kurosen mukaan siirtymässä kodinhoidosta kotihoitoon pyritään eroon kodin hoitamisesta eli siivoamisesta. Näin voidaan keskittyä asukkaaseen kodin sijasta. Tämä on ymmärrettävää siitä näkökulmasta, jos hoivan antajan on valittava asukkaan ja kodin välillä, pääseekö ikäihminen suihkuun vai imuroidaanko koti. Sama asia koskee valinnan suhteen ikäihmistä itseään. Kodilla on kuitenkin suuri merkitys ikäihmiselle ja hänen hyvinvoinnilleen. Ihmiselle koti on erityisen merkityksellinen; jos koti olosuhteiden kautta muuttuu epämiellyttäväksi, uhkaa se hyvinvointia monin tavoin. Siksi siivous on Kurosen mielestä erityisen tärkeää. (Kuronen 2007, 121–136.)

Myös Salosen mukaan asuin- ja elinympäristön viihtyvyys ja toimivuus ovat ihmisen hyvinvoinnin ja selviytymisen merkittäviä edellytyksiä. Viihtyvyyteen voidaan liittää puhtaus, kauneus, järjestys, henkilökohtaiset esineet, jopa viherkasvien vointi. Toimivuuteen puolestaan liittyy asunnon sisäpuolinen ja ulkopuolinen esteettömyys. Ikäihmisellä on usein käytössään erilaisia kotona selviytymisen apuvälineitä, jolloin edellä mainittu esteettömyys tulee huomioida. (Salonen 2007, 97.)

Ikäihmisille koti on se merkitysten maailma, josta he ammentavat hyvän tai pahan olon kokemuksensa. Heikentynyt toimintakyky estää monen aikaisemmin itsenäisesti tehdyn työn ja askareen toteuttamisen. Avun ja palvelujen tarpeet ovat näin ollen yksilöllisiä ja monimuotoisia. Nummijoki toteaa, miten kotihoito on monissa kunnissa sirpaloitunut monen eri toimijan työksi. Kotihoidon asiakas ei aina tiedä, mitä palveluja kotihoitoon kuuluu ja mistä palveluista maksaa. Nummijoki painottaa sitä, että kotihoito ei voi rajoittua vain sairaanhoidollisten toimenpiteiden suorittamiseen vanhuksen kotona, sillä asiakkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen edellyttää laaja-alaista vastuuta asiakkaan toimintaympäristöstä ja toimintaedellytyksistä huolehtimisesta. (Nummijoki 2009, 98–99; ks. Kuronen 2007, 125.)

Salonen piirtää kuvaa ihmisen mielen maailmasta. Hän kuvaa ihmisten pitävän uhkaavana sitä, että lähtevät tästä maailmasta jättämättä mitään jälkeä itsestään. Koti on ikäihmiselle yksi osoitin tästä moniulotteisesta maailmasuhteesta. Salosen mukaan vertikaalinen jatkuvuus maailmassa tarkoittaa ihmisen tekoja, joista jää pysyvä jälki. Koti ja sen ympäristö on yleensä täynnä näitä pysyviä jälkiä (esim. lapset, valokuvat esineet, pihat ja rakennukset). Horisontaalinen jatkuvuus puolestaan syntyy tunteesta, missä ihminen on tehnyt jotain itseään suurempaa. Horisontaalisen jatkuvuuden tunnetta ihminen, ja tässä tapauksessa ikäihminen, voi saada yhteisöistä ja erilaisista ryhmistä. Tärkeää on, että niin vertikaalinen kuin horisontaalinen jatkuvuus syntyy vuorovaikutuksessa ihmisten ja ympäristön kanssa. Kun vanhuutta ja omassa kodissa asumista katsotaan tästä näkökulmasta, on jatkuvuuden merkityksen ymmärtäminen holistisesti tärkeää etenkin kotihoidon työntekijän työssä, tiivistää Salonen. (Salonen 2007, 48–49.)

2.4 Toimintakyvyn osa-alueet mukana toimijuuden tukemisessa

Ikäihmisen toimintakyvyn tukemisen lähtökohtana tulee Lähdesmäen ja Vornasen mukaan olla näkemys ikäihmisen toimintakyvyn kokonaisuudesta, johon aina liittyy hänen eletty elämänsä ja elämäntarinansa. He korostavat toimintakyvyn yksilöllisyyden merkitystä, sillä toimintakyky määräytyy aina ikäihmisen omien kokemusten ja elinehtojen mukaan. He painottavat elämäntarinan selvittämistä toimintakyvyn kartoittamisessa. Tätä he perustelevat sillä, että elämäntarina on aina yksilöllinen ja autenttinen kuvaus kertojan elämästä ja sen luonne vaihtelee kontekstin mukaan. Elämäntarinan rakentaminen on heidän mukaansa prosessi, jossa ikäihminen toimijana antaa tarinalle omia merkityksiä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 53–55.)

Toimintakykyä voidaan määritellä monin eri tavoin. Sitä myös mitataan erilaisilla mittareilla, joista osa on kansallisesti Suomessa kehitettyjä ja osa kansainvälisesti kehitettyjä arviointivälineitä. Pyrkimyksenä on mitata päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä ja toimintakyvyn erityisalueita, jotka liittyvät useimmiten fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja henkiseen toimintakykyyn. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 51.)

Kotihoidon näkökulmasta toimintakykyä tarkastellaan yleensä ensisijaisesti päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti selviytymisenä. Tällöin arvioidaan yleisesti fyysistä toimintakykyä, kuten liikkumista, peseytymistä, pukeutumista, wc-käyntejä ja syömistä. Tutkimustiedon mukaan ikäihmisten toimintakyky heikkenee ensin kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin osallistumisissa, tällöin puhutaan AADL-toiminnoista. Toisena alentuvat kyky suoriutua kodinhoidollisista töistä, joita IADL-toiminnot kuvaavat, ja tämän jälkeen heikkenee kyky suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista eli ADL-toiminnoista. (Laukkanen 2003, 258; Tepponen 2009, 172; Eloranta & Punkanen 2008, 20–21.)

Kunnallinen kotihoito tulee ikäihmisen elämään usein vasta tässä vaiheessa jolloin ADL-toimintavaje on jo syntynyt. Merkityksellistä on, miten näissä tilanteissa tuetaan ja aktivoidaan ikäihmistä toimimaan olemassa olevan toimintakykynsä ja voimavarojensa puitteissa.

Ikäihmisten päivittäisistä toiminnoista selviytymistä voidaan arvioida myös RAI-järjestelmän avulla. Se on kansainvälinen ikääntyneiden asiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seuranta-järjestelmä. RAI-mittarin avulla pyritään löytämään ikäihmisen toimintakyvyn vahvuudet ja heikkoudet. RAI-järjestelmä sisältää satoja valikoituja kysymyksiä yksilön tarpeiden monipuoliseen ja systemaattiseen arviointiin. Kotihoitoon on olemassa oma RAI-mittari, jossa on kysymyksiä myös omaisten ja läheisten muodostamasta tukijärjestelmästä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 63–65.)

Kettusen mukaan kehon rakenne ja fysiologiset ominaisuudet asettavat konkreettiset reunaehdot yksilön toimintakyvylle. Keho ja sen kautta saadut aistimukset muokkaavat ihmisen kokemusta identiteetistään, hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään. Kettunen toteaa, miten ihmisen toiminnalla on aina jokin mieli ja tarkoitus. Mikäli ihminen ei koe toimintaa mielekkääksi, ei hän siihen myöskään aktivoidu. Niinpä yksilöllisen toiminnan ulottuvuus eli yksilön tarpeet, voimavarat ja motiivit ohjaavat ihmisen mielekästä toimintaa. (Kettunen 2002, 20–21.) Tärkeää on näin ollen tuntea ikäihmisen elämänhistoria ja hänelle merkitykselliset asiat sekä toimimisen mahdollisuudet. Työntekijän toiminta ikäihmisen luona tulisi toteutua myös tästä näkökulmasta, ja sen tulee perustua ikäihmisen toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään työotteeseen (STM 2008, 31).

Blomqvistin ja Hovilan mukaan WHO:n toimintakykyä kuvaavassa ICF-luokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health) painottuu yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus. Siinä ihminen myös nähdään yksilöllisenä ja tavoitteellisenä toimijana. ICF-

luokituksessa toimintakykyä ja sen edellytyksiä pystytään tarkastelemaan kolmesta eri näkökulmasta, joita ovat kehon ulottuvuus, yksilöllisen toiminnan ulottuvuus sekä yhteiskunnallinen ja kulttuurinen ulottuvuus. (Blomqvist & Hovila 2005, 14.)

Palvelutarpeet määritellään yleisesti ikäihmisen alentuneen fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta. Toimintakyky on kuitenkin hyvin laaja hyvinvointiin liittyvä käsite, jossa sairaudet ovat vain osa sitä, toteaa Laukkanen (2003, 255). Ihminen ikääntyy yksilöllisesti, ja tästä näkökulmasta palvelutarpeet ovat myös yksilöllisiä. Hyvää palvelua kuvaa se, että palvelua ja apua saa tarvittaessa ja se vastaa käyttäjän tarpeisiin (Zechner 2007, 157). Ikäihmisen toimintakykyä ja palvelutarpeita kartoitettaessa Tenkanen (2007, 200–201) tuokin esiin vielä kokonaisvaltaisemman biopsykososiaalisen näkökulman. Tämän mukaan toimintakykyä katsotaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena niin ruumiin, toiminnan kuin osallistumisen tasolta. Tenkanen korostaa laajemman näkökulman mukaan ottamista ikäihmisten kotihoitoon kuin vain toimintakykymittareilla saatua pistemäärää.

Blomqvist ja Hovila syventävät toimintakyvyn käsitettä, jossa fyysinen, psyykkinen, henkinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat toimintakyvyn eri osa-alueita ja liittyvät erottamattomasti toisiinsa. Heidän mukaansa psyykkistä toimintakykyä voidaan tarkastella luovuuden, haasteista selviytymisen tai ylipäättään onnistuneen elämän näkökulmasta. Siihen he liittävät myös kognitiivisesta näkökulmasta oppimisen, muistin ja älykkyyden. Mielialaa, kognitiivista toimintakykyä, käyttäytymistä, elämään tyytyväisyyttä, persoonallisuuden tyyliä ja ylipäättään psyykkistä hyvinvointia voidaan mitata erilaisin mittarein. Sosiaalinen toimintakyky on puolestaan useissa tutkimuksissa nähty sosiaalisina kontakteina, ajankäyttönä ja harrastuksina. Sosiaalisen toimintakyvyn on katsottu edellyttävän fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Henkinen toimintakyky liittyy taas läheisesti psyykkisen toimintakyvyn alueeseen. Henkisyys on ihmisen sisin olemus, jonka sanotaan ohjaavan ja antavan merkityksen toiminnoille ja valinnoille läpi koko elämän. Henkisyyden merkitys korostuu, ihmisen kohdatessa vaikeuksia, sairastuessa tai menettäessään läheisen henkilön. (Blomqvist & Hovila 2005, 14–18.)

Heinola (2007, 36) korostaa kotihoitoyksikön laadullisia tavoitteita tukemaan ikäihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä, voimavaroja ja elämänlaatua. Oleellista on tiedostaa, mistä osatekijöistä ne muodostuvat ja miten niitä voidaan arvioida ja tukea. Ikäihmisen kotona selviytymistä olisi Jyrkämän (2007, 199) mukaan tarpeen tarkastella aktuaalisen eli käytössä olevan toimintakyvyn näkökulmasta, ei siis potentiaalisen eli mahdollisen toimintakyvyn näkökulmasta, kuten se yleisesti tehdään. Aktuaalisen toimintakyvyn näkökulmasta ikäihminen on toimintakyvyn käyttäjä. Tällöin tarkastelun kohteena on ikäihmisen arjessa tapahtuvat toimintatilanteet, itse toiminta ja käytännöt. (Jyrkämä 2003a, 98–100; Jyrkämä 2003b, 269–270.)

Toimijuudessa korostuu moniulotteinen kontekstuaalisuus, näkemys ikäihmisen aktuaalisesta eli käytössä olevasta toimintakyvystä ikäihmiselle merkityksellisessä ja olemassa olevassa ympäristössä. Toimijuuden arvioinnissa huomioidaan toisiinsa linkittyvät ikä, ikäryhmä, paikka, tila, ajankohta sekä toimijuuden modaliteetit osata, kyetä, täytyä, voida, haluta ja tuntea. Toimijuudessa korostuu subjektiivisuus, sillä se kuvaa yksilön koettua, tulkittua, odotettua ja ennakoivaa toimintakykyä. Kun toimintakykyä pyritään arvioimaan toimijuuden kautta, katsotaan sitä silloin sosiaaligerontologisesta näkökulmasta. (Jyrkämä 2007, 206–207; Jyrkämä 2003a, 99–100.)

Jyrkämän toimijuuden pohdintojen takana ovat vanhenemisen sosiaalisuus ja sosiaaligerontologian keskeiset yksilötason vanhenemisen teoriat, kuten irtaantumisteoria ja aktiivisuusteoria muunneltuna. Hänen mukaansa näihin yksilötason teorioihin sisältyy näkemys siitä mitä on hyvä vanheneminen ja miten siihen päästäisiin. Teorioihin kohdistuu Jyrkämän kirjoituksessa kriittistä tarkastelua. Hänen ja muiden tutkijoiden mukaan vanhenemisteoriat eivät aina tavoita ihmistä tavoitteellisenä, toimivana, valintoja tekevänä ja ennen kaikkea merkityksiä antavana toimijana. (Jyrkämä 2003b, 270.)

Jyrkämän mukaan on kuitenkin teorioita, jotka menevät syvemmälle sosiologisen toimintakäsityksen suuntaan. Tällä Jyrkämä viittaa Carstensenin (1991) sosioemotionaalisen valinnan ja irtaantumisen teoriaan liittyvään pohdintaan. Irtautuminen on tässä näkemyksessä ohjattua, ja ihminen tekee valintoja sen suhteen, mihin haluaa käyttää ja suunnata hupenevat voimavaransa. Yleensä nämä valinnat suuntautuvat vuorovaikutukseen ja asioihin, jotka ovat emotionaalisesti palkitsevia. Olennaista on, ettei vanhenevaa ihmistä pidetä kohteena vaan toimivana subjektina elämäntilanteensa eri vaiheissa, silloinkin vaikka subjektiivisuus on muistisairauden takia haavoittumassa. (Jyrkämä 2007, 203–205)

Jyrkämä (2003b, 268) painottaa vielä aktiivisuusteoriaa, jonka mukaan aktiivisuuden säilyttäminen on paras tae onnistuneelle vanhenemiselle. Jos yksilö pystyy säilyttämään vanhetessaan keski-ikässä hankkimansa aktiivisuustasonsa ja oman aktiivisuusmallinsa. Tämä takaa hänelle itselleen mahdollisimman korkean tyytyväisyystason elämässään. Keskeiseksi käsitteiksi voidaan tässä teoriassa nähdä siis aktiivisuus, tasapaino, roolimenetykset ja elämään tyytyväisyys.

Toimintakyvyn heikkeneminen tuo kuitenkin vääjäämättömästi muutoksia aktiivisuuden ylläpitämiselle. Tällöin on merkityksellistä mistä näkökulmasta toimintakykyä katsotaan ja miten sen muuttuminen vaikuttaa yksilön elämään. Jo vähäisetkin muutokset toimintakyvyssä muuttavat arjen sujuvuutta, osallistumisen heikentymistä ja ympäristöön vaikuttamista. Toimijuuden näkökulmasta ja ulottuvuudessa toimintakyvyn tarkastelu vaihtuu yksilön henkilökohtaisista ominaisuuksista tilanteisiin, arkitoimintoihin ja toimintakäytäntöihin. (Jyrkämä 2003b, 267–270)

Toimijuutta voidaan kotihoidossa tukea aktiivomalla ikäihmistä mieluisten tekemisten, askareiden, liikunnan tai harrastusten pariin. Lukuisat tutkimukset painottavat arkiliikunnan merkitystä kotona selviytymisessä. Ikäihmistä on tuettava ylläpitämään hänelle soveltuvien liikkumismuotojen ylläpitämistä. Nummijoki toteaa, miten kotihoidon asiakkaiden toimijuutta rajoittaa keskeisesti liikkumiskyvyn heikentyminen. Nummijoki kirjoittaa ikäihmisen arkiliikkumisen merkityksestä. Ihmisen elinympäristössä tekevien kotihoidon työntekijöiden on tunnistettava vanhusasiakkaansa voimavaroja. Heidän on oivallettava vanhusten optimaalisen toimintakyvyn vahvistamisen merkitys kotona selviytymisen edellytyksille. Hänen mukaansa työntekijöiden on huomioitava kotona asumista haittaavia toimintakykyvajeita ajantasaisesti niin, että laitoshoidon joutumisen riski pienenee esimerkiksi aktiivisella arkiliikkumisen tukemisella. Kokonaisvaltainen hoitaminen yhdistetyssä kotihoidossa on osoittanut heidän mielestä haasteelliseksi. Koska kotihoidon työntekijöillä saattaa olla epäselvää, mitä palveluita kokonaisvaltainen kotihoito sisältää. (Nummijoki 2009, 98–99.)

2.5 Aikaisemmat tutkimukset

Tepposen väitöskirja kotihoidon integrointi ja laatu on moniulotteinen ja laaja-alainen kokonaisuus kotihoidon palvelujen järjestämisestä, palvelujen laadusta, toteutuksesta ja arvioinnista organisaatioiden, työntekijöiden, omaisten ja palvelun saajien näkökulmasta. Tepponen (2009, 194–195) toteaa kotihoidon laadun olleen hyvää ”monilla laadun ulottuvuuksilla”, ja se näkyi asiakkaiden tyytyväisyytenä. Puutteita kuitenkin ilmeni monissa palveluissa. Kodinhoitoapu oli riittämätöntä, palvelut pirstaleisia ja työntekijät olivat kiireisiä. Hänen mukaansa myös neuvonnassa, ohjauksessa ja tiedottamisessa oli kehittämisen tarvetta.

Tepposen tutkimuksen kohteina olivat ikäihmisten kotipalvelu ja kotisairaanhoido, niiden integroinnin eli eheyttämisen toteutustavat ja keskinäiset yhteydet sekä integroinnin vaikutukset kotihoidon sisältöön ja laatuun itäsuomalaisissa kunnissa. Tutkimuksessa kehitettiin hyvän kotihoidon malli. Tepposen (2009, 165) mukaan kotihoitoon tarvitaan uudenlainen toimintatapa, jossa ikäihmisiä tuetaan selviytymään kotona pitämällä yllä elämänlaatua ja vahvistamalla jäljellä olevia voimavaroja. Hänen mukaansa tavoitetta tukevat kotihoidon palvelujen koordinointi asiakaskohtaisiksi kokonaisuuksiksi.

Keinoiksi Tepponen (2009, 198) luettelee integroidut organisaatiot, verkostot, erilaiset sopimuskäytännöt ja koordinoivat työntekijät sekä moniammatillisen kuntouttavan ja ennaltaehkäisevän työotteen. Hänen mukaansa vanhusta tulee kohdella ympäristössään elävänä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokulttuurisena kokonaisuutena. Sosiokulttuurista toimintaa Tepposen (2009, 180) mielestä tulee vahvistaa luomalla eri toimijoiden yhteistyönä edellytyksiä ikäihmisten muistelutyölle, opinto- ja lukupiireille sekä taiteen harrastamiselle. Myös hoito- ja palvelusuunnitelmilla ja teknologisilla sovelluksilla voidaan parantaa palvelujen integrointia. Koti-

hoidon sisällön tulee olla kattava ja monipuolinen sekä kunkin asiakkaan tarpeisiin räätälöity.

Tenkanen käsittelee väitöskirjassaan kotihoidon yhteistyömuotojen kehittämistä ja sen merkitystä vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Kyseessä oli tapaustutkimus, jossa tarkasteltiin yhden kaupungin joidenkin iäkkäiden asiakkaiden kotihoitoa. Tutkimuksen aineistona olivat vanhusten haastattelut, tapauskohtaiset hoitoprosessit ja niihin liittyvät asiakirjat ja tutkimusmuistiot. Näiden pohjalta Tenkanen (2003, 189) on arvioinut henkilöstön yhteistyömuotojen kehittymistä ja niiden merkitystä vanhusten elämänlaatuun. Henkilöstön yhteistyömuodot kehittyvät, kun kiinnitetään huomiota asiakaskohtaiseen kotihoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin arjen tasolla. Henkilöstön toimiva yhteistyö ja tiedottamisen yhteneväiset käytännöt parantavat vanhusten mahdollisuutta asua kotona huonokuntoisinakin.

Tutkimuksen vanhuksille koti merkitsi paikkaa, jossa kokemus omasta itsestä säilyi myönteisenä, vaikka voimavarat vähenivät. Tässä tutkimuksessa hoidon ja avun saaminen päivittäisissä asioissa toteutui hyvin, mutta vanhusten liikkumiseen ja sosiaaliseen tukeen kiinnitettiin liian vähän huomiota. Tenkasen (2003, 183–188) mukaan asuinympäristö ja sosiaaliset suhteet ovat keskeisiä elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Vanhukset osallistuivat heitä koskevaan päätöksentekoon ja arjen auttamisen ratkaisuihin. Henkilöstön kiireinen työrytmi heikensi tutkimuksen vanhusten saamaa psyykkistä ja sosiaalista tukea. Vanhusten kotihoito näyttäytyi monitasoisena ja useita elementtejä sisältävänä toimintana, jossa eri ammatteja edustavat työntekijät hoitivat pääasiassa omia tehtäviään. Vanhusta osallistava ja tukeva toimintatapa hakee Tenkasen (2003, 3) mielestä edelleen paikkaansa.

Salosen väitöskirjan ”Haastava sosiaalinen vanhustyössä” keskeisenä tutkimustehtävänä oli selvittää, miten kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon avopalvelutyöntekijät kuvaavat sosiaalista olomuotoisuutta osana omissa kodeissaan asuvien vanhusten elämää. Tutkimusaineisto koostui työntekijöiden teemahaastattelusta ja tutkimusalueina olivat kymmenen varsinaissuomalaisista kaupunkia ja maaseutukuntaa. Sosiaalista olomuotoisuutta Salonen (2007, 27) kuvaa erilaisina olemassaolon suhteina, joita elämän eri komponentit ilmentävät, ylläpitävät ja tuottavat. Ihmisen monenlaiset ja monitasoiset suhteet sosiaalisessa olomuotoisuudessa kuvaavat hänen ominaispiirteitään ja ainutlaatuisuuttaan yhteisössä ja yhteiskunnassa. Sosiaalinen olomuotoisuus on ymmärrettävä ajallisesti, paikallisesti, kulttuurisesti, rakenteellisesti ja yksilöllisesti muotoutuneeksi ja muotoutuvaksi elämänkokonaisuudeksi.

Salosen mukaan ammatillisen vanhustyön näkökulmasta sosiaalista olomuotoisuutta on lähestyttävä yksilöllisesti. Tämä hänen mielestään asettaa haasteita sosiaalisen olomuotoisuuden ymmärtämiselle jokapäiväisessä työskentelyssä. Tutkimuksessa työntekijöiden mukaan sosiaalista olomuotoisuutta ei pystytty tukemaan vanhustyössä riittävästi, sillä tämä vaatii aikaa ja tietoa vanhusten elämänhistoriasta ja henkilökohtaisista tarpeista.

Tutkimustulokset vahvistavat käsitystä, jonka mukaan vanhustyöntekijät tarvitsevat monipuolista tietoa vanhuudesta oman työnsä perustaksi. (Salonen 2007, 9.)

Kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyitä on eri kunnissa tehty runsaasti. Kyselyt kuitenkin usein jäävät tulosten esittämisen tasolle. Tämä johtunee siitä, että kyselyt toteutetaan yleensä kyseisen työyhteisön työntekijän toimesta, jolloin kyselyn tarkoitus on tuottaa enemmänkin tilastollisia tietoja kuin johtaa teoreettisiin tulkintoihin.

Oma opinnäytetyöni tähtäsi aineistosta nousevien ilmiöiden teoreettisiin tarkasteluihin. Esiin nostamani väitöskirjat antoivat monipuolisesti kuvaa kotihoidon kentältä ja tukivat paremmin oman tutkimukseni rakentumisesa.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimusaineisto koostuu asiakastyytyväisyyskyselystä. Kyselyn tekemistä tarjottiin Kangasalan kunnan kotihoidosta ollessani siellä sosionomiopintoihin liittyvässä hallinnon harjoittelussa. Prosessi alkoi kyselylomakkeen laatimisesta ja päättyi monien vaiheiden kautta tämän raportin kirjoittamiseen. Seuraavissa luvuissa selvitän tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheita.

3.1 Tutkimustehtävä ja tutkimusmenetelmä

Tutkimustehtävänä oli selvittää kotihoidon asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarvetta kotona asumisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkimustulosten kautta myös kuvata kotihoidon asiakkaiden kokemuksia palvelujen laadusta ja palvelujen vastaavuudesta suhteessa omiin tarpeisiinsa. Psykososiaalisen tuen tarpeita nostan esiin aineistosta nousevien määrällisten että laadullisten vastaajakokemusten muodossa. Tutkimukselle asetin myös täydentäviä kysymyksiä seuraavasti.

1. Mitkä tekijät ikäihmisten kokemusten mukaan edistävät ja estävät kotona asumista?
2. Mitä kokemuksia ikäihmiset antavat saamistaan palveluista?
3. Mitä ikäihmiset toivoisivat arkeensa?

Edellä mainittuihin tutkimuskysymyksiin olen pyrkinyt vastaamaan pohdinta- ja johtopäätösluvussa. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kysely eli survey-tutkimus. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007, 188) mukaan survey-tutkimuksella tarkoitetaan sellaisia kyselyn, haastattelun tai havainnoinnin muotoja, joissa aineistoja kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietystä perusjoukosta. Alastalo kuvaa myös otannan tavoitteeksi sitä, että satunnaisesti valitut havaintoyksiköt edustavat mahdollisimman hyvin perusjoukkoa. Edustettavuutta pidetään kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän etuna, koska se takaa Alastalon mie-

lestä yleistämisen otoksesta perusjoukkoon. Survey-tutkimuksella kerätty aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti, mutta siinä voidaan yhdistää myös kvalitatiivisen eli laadullisen aineiston käsittelytapoja, niiltä osin kun siinä sellaisia on. (Alastalo 2005, 141.)

Alastalo (2005, 14–16) valottaa kvantitatiivisen tutkimuksen näkökulmaa, jossa sen kiinnostusta lisää teorian ja empirian suhde ja edellä mainittu yleistäminen. Hänen mukaansa kvantitatiivinen tutkimus voi olla sekä teoriaa muodostava että teoriaa testaava. Hän tuo kirjassaan esiin, miten sosi-aalitutkimuksen välitön tarve yhteiskunnassa kohdistuu useimmiten tuloksiin, ei menetelmiin. Tällä hän tarkoittaa sitä, että tänä päivänä juuri lomaketutkimuksella tuotetaan yhä enenevässä määrin yhteiskunnallisesti merkittävää tietoa. Survey-tutkimuksella kerätyn tiedon määrä ja merkitys on siis suuri, mutta hänen mukaansa tulisi kriittisesti pystyä arvioimaan myös kerätyn tiedon sisältöä ja luotettavuutta. Yleisesti survey-tutkimuksen lähtökohtana ovat selkeät kysymykset, joihin tutkimuksella haetaan vastauksia.

Survey-tutkimus tuottaa tutkimusjoukosta määrällistä kuvailevaa tietoa. Tutkimuksella voidaan tavoitella esimerkiksi yksittäisten piirteiden ja tapahtumien yleisyyden tai erilaisten ominaisuuksien, laadullisten ja/tai määrällisten, esiintymisen ja jakautumisen selvittämistä. Survey-tutkimus siis tarkoittaa selvitystä tai kartoitusta, ja sen tarkoituksena on ennen kaikkea antaa käytännöllistä tietoa. Alastalo (2005, 150–151.) Alastalo kirjoittaa, että ajatus mittaamisesta on lomaketutkimuksen perusta. Mittaamisessa tutkittavat asiat ovat moninaisia, kuten yhteiskunta, ihmiset ja ihmisten väliset suhteet. Tutkittavat asiat muutetaan numeroiksi, joiden avulla niitä pyritään kuvaamaan ja selittämään. Alastalo (2005, 152) viittaa Sariolan määritelmään mittaamisesta, joka tämän mukaan on aina epäsuoraa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on myös aina välttämätöntä ilmaista käsitteitä kuten yksilö ikä, sukupuoli, autoritaarisuus tai maan väkiluku mitattavina muuttujina.

3.2 Tutkimuksen kulku ja aineiston hankinta

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa kohderyhmältä kokemustietoa palvelujen käyttäjinä ja kotihoidon asiakkaina. Tarve on noussut suoraan käytännöstä, koska edellisestä kyselystä oli kulunut runsaasti aikaa. Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä kehittää palveluita tarpeita vastaaviksi. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa todetaan, että asiakaspalautetta on kerättävä säännöllisesti ja siitä saatua palautetta on hyödynnettävä (STM 2008, 14).

Kunnan kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistettiin yhteiseksi kotihoidoksi vuoden 2010 alussa. Tutkimusaineisto on kerätty Kangasalan kunnan kotihoidon asiakkaalta marras-joulukuussa 2010 asiakastytyväisyyskyselylomakkeella. Kyselylomakkeen laatiminen sekä sisällöllisesti että rakenteellisesti oli haasteellista. Sisällöllisesti se vaati perehtymistä yleisesti kotihoidossa annettaviin palveluihin ja aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Kyse-

lyn haluttiin kattavan sekä kotihoitoa yleisesti palvelevien tietojen päivittämisessä että tutkimustehtävän käsittelyssä.

Aineiston hankinnan välineenä oli strukturoitu kyselylomake, joka sisälsi 15 kysymyskokonaisuutta ja kaksi avointa kysymystä. Hirsjärvi ja Hurme (2008, 35–37) kirjoittavat, että kyselylomake on haastattelun ohella tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin kohdistuva menetelmä. Kyselylomakkeiden huonoina puolina Hirsjärvi ja Hurme pitivät sitä, miten tutkijan omasta mielestään kattavaksi laatimat vastausvaihtoehdot harvoin tavoittavat vastaajan ajatusmaailman tai hänen maailmankuvansa olennaiset puolet. Tässä tutkimuksena jouduin tämän eteen satunnaisen vastaajan kohdalla. Jos sopivaa vaihtoehtoa ei ollut, vastaaja saattoi kirjoittaa itselleen sopivan vaihtoehdon annetun vaihtoehdon perään. Toiseksi jos sopivaa vaihtoehtoa ei vastaajan mielestä ollut, hän saattoi jättää vastaamatta kyseiseen kysymykseen. Hirsjärven ja Hurmeen mielestä kyselylomake on paikallaan, jos se on huolellisesti suunniteltu ja kun sen avulla pyritään selvittämään melko konkreettisia ja yksiselitteisiä ilmiöitä. Hyviksi puoliksi he mainitsevat vielä taloudellisuuden, vastaajien tavoitettavuuden sekä aineiston käsittelyn.

Testasin kyselyn ymmärrettävyyttä ja selkeyttä kohderyhmän kolmella asiakkaalla ennen lopullisen kyselyn toimittamista kotihoidon asiakkaille. Laatimani kyselylomakkeen asiatiedot ja sisältö tarkistettiin myös kotihoidon taholta, ja sen jälkeen toteutin vielä muutamia täydentäviä korjauksia. Aineiston keruun suoritti kotihoidon henkilöstö. Kotihoito toimitti asiakastytyväisyyskyselyyn liittyvän aineiston suljetussa kuoressa 209 asiakkaalle. Kyselyn yhteydessä asiakkaalle toimitettiin liitteenä laatimani lupanomus mielipiteen käyttämisestä sekä tiedote tutkimuksen tarkoituksesta ja tekijästä. Tiedotteessa ilmoitettiin myös, että kyselyn voi täyttää toisen henkilön avustamana tai tarpeen mukaan kyselyn täyttämiseen saa apua kotihoidon työntekijöiltä. Sain täytetyn aineiston käyttöni joulukuun lopussa 2010. Palautuneita asiakastytyväisyyslomakkeita oli yhteensä 163. Palautusprosentiksi tuli 78 prosenttia. Vastanneista 112 oli naisia ja 38 miehiä. 13 kyselylomaketta piti hylätä epäselvyyksien vuoksi.

3.3 Aineiston analysointimenetelmät

Tässä survey-tutkimuksessa oli määrällisen aineiston lisäksi myös laadullista aineistoa. Laadullinen aineisto muodostui kyselylomakkeen avoimista kysymyksistä. Avointen kysymysten vastausten osalta haluttiin saada kokemusperäistä ja kuvailevaa tietoa kotihoidon palvelujen merkityksestä käyttäjälle. Hirsjärvi ja Hurme kirjoittavat, miten kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen ote tutkimuksessa voi vaihdella useilla eri perusteilla. Tässä tutkimuksessa edellä mainittuja tutkimusotteita käytetään sisäkkäin. Sisäkkäin käyttämisellä Hirsjärvi ym. tarkoittavat, että samanaikaisesti ja samalla menetelmällä saadaan tietoa, joka käsitellään sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 29–31.)

Määrällisen eli kvantitatiivisen aineiston analysointi koostui kyselyaineiston monivalinta- ja asteikollisista kysymyksistä. Aineiston käsittely ja las-

kenta tapahtui tukkimiehen kirjanpidolla ja Excel-taulukko-ohjelmalla. Lisäksi laskin prosenttiosuuksia sekä käsin että Excel-taulukko-ohjelmalla. Kysymykset ovat kahta (17, 18) lukuun ottamatta nominaalisasteikollisia, jolloin käytännössä jaoin vastaajia ryhmiin eri kysymysten osalta jolloin sain vastaukseksi ryhmien lukumääriä ja saatoinkin laskea ryhmien prosenttiosuuksia. Excel-taulukko-ohjelman avulla muodostin aineistosta havainnollistavia kuvioita ja kaavioita. Näiden tulosten pohjalta analysoin, tulkitin ja tein johtopäätöksiä. Tulosten esittämisessä käytin graafista kuvausta ja sanallista kerrontaa. Aineisto oli suuri ja tulosten laskeminen vei runsaasti aikaa. Lisäksi laskeminen vaati erityistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Aineiston kysymysten tulokset laskin erikseen sekä miesten että naisten osalta, mutta yhdistin kysymyksien tulokset yhteen aineiston laajuuden vuoksi.

Laadullisen aineiston analysointi koostui avoimista kysymyksistä. Kyselylomakkeen 16 kysymys ja sen 9. kohta sekä kysymykset 17 ja 18 olivat kirjallisia. Kaikki avoimet kysymykset kirjoitin puhtaaksi tekstinkäsittelyohjelmalla. Analyysivaiheessa tarkastelin aineistosta nousevia yhteisiä piirteitä, sellaisia jotka olivat yhteisiä usealle vastaajalle. Luokittelin vastaukset ryhmiin eri teemojen perusteella, nimesin teemat kuvaamaan aineistosta nousevia piirteitä.

Laadullinen eli kvalitatiivinen aineisto muodostui siis avoimien kysymysten annista ja näissä ikäihmisten itsensä tuottamista kirjallisista ja omaan kokemukseen perustuvista ajatuksista. Vastaajat vastasivat kysymyksiin yksittäisillä sanoilla tai lyhyillä lauseilla. Nämä sanat tai lauseet olen kuvannut tulosten esittelyssä anonyymisti N1-N112 tai M1-M38. Tästä aineistosta muodostin kuvailun, luokittelun ja yhdistelyn avulla tiivistettyjä ryhmiä. Pyrkimyksenäni oli synteessin kautta palata tarkastelemaan kokonaisuutta ja sitä, vastasivatko tiivistämäni ryhmät alkuperäisiä vastauksia. Vasta tämän jälkeen etenin tulkintaan ja ilmiön teoreettiseen tarkasteluun uudesta näkökulmasta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 144.)

Tiivistetyistä ryhmistä nostin esiin tekijöitä, jotka estivät tai edistivät heidän kotona pärjäämistään. Näistä muodostin kuvion 12 (ks. s. 43) kotona asumista estävät tekijät ja kuvion 13 (ks. s. 46) kotona asumista edistävät tekijät. Muodostamieni ryhmien kautta kävin vuoropuhelua aiheeseen liittyvän kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten valossa. Yksittäisten vastaajien kokemuksia käytän esimerkkinä teemaryhmien yhteydessä ja osaa näistä vastauksista käytän esimerkkeinä ikäihmisen itsensä sanomina tulosten esittelyssä.

3.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tulosten luotettavuutta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta voidaan tarkastella tutkimusprosessin vaiheiden kautta, joita olivat aineistonkeruumenetelmän valinta, kyselylomakkeen laadinta, aineistonkeruu, aineiston käsittely, aineiston analyysi, aineiston tulkinta, tulosten graafisen esityksen luominen ja tulosten kir-

jaaminen. Tutkimuksen luotettavuutta, merkitystä ja edustavuutta lisää tuntuvasti aineiston suuri palautusprosentti joka oli 78 prosenttia.

Tutkimuksen reliaabelius voidaan määritellä tutkimuksen toistettavuudella, jolla tarkoitetaan toisen tutkijan tai toisen tutkimusmenetelmän avulla samasta aineistosta saavutettua samaa tutkimustulosta. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta olisi parantanut samasta aineistosta toisen tutkijan tekemä aineiston käsittely toisella tutkimusmenetelmällä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 186–187.)

Tutkimuksen validius voidaan määritellä mittarin tai tutkimusmenetelmän kykynä mitata tarkalleen sitä, mitä oli tarkoitus. Tässä tutkimuksessa validiuteen pyrittiin tutkimusmenetelmän ja tiedonkeruumenetelmän valinnalla. Tutkimuksen validiutta voidaan tarkastella myös rakennevalidiutena, jolloin Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 186) mukaan tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan, miten hän on päätenyt luokittamaan ja kuvaamaan tutkittavien maailmaa juuri niin kuin hän on sen tehnyt. Tässä tutkimuksessa tutkittavien maailman kuvaaminen nousi, määrällisen ja laadullisen aineiston runsauden mukaan, esiin nostamistani teemoista. Nämä teemat antoivat kuvaa niin yksittäisen ihmisen maailmasta kuin saman ryhmän suuren joukon maailmasta.

Luotettavuuden ja eettisyyden voidaan myös sanoa lisääntyneen muun muassa seuraavien tekijöiden myötä. Laadin kyselylomakkeen huolellisesti perehtyen asiasisältöön ja siihen, mitä tietoja kyselyllä haluttiin vastaajilta. Testasin kyselylomakkeen kolmella kohderyhmään kuuluvan ikäihmisen kanssa. Tein tämän jälkeen tarvittavat korjaukset. Lisäksi kotihoito tarkisti kyselylomakkeen asiatiedot ja tein tarvittavat korjaukset myös tämän jälkeen.

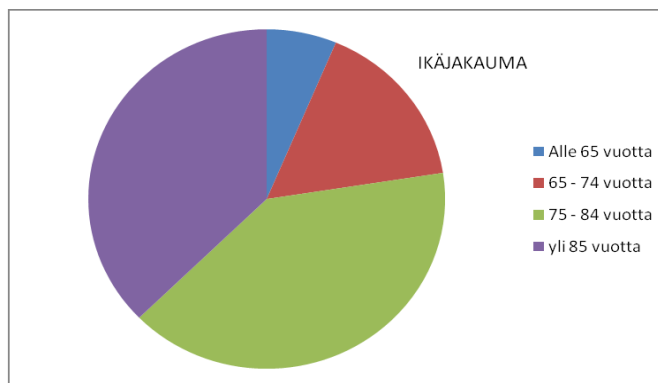
Käytin runsaasti lähdekirjallisuutta ja tutustuin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Nämä tukivat tutkimuksen teoriaa ja tutkimustehtävän toteuttamista. Tutkimuksen eettisyys voidaan katsoa toteutuneen aineiston käsittelyssä ja vastaajien äänen esiin nostamisessa. Tällä tarkoitan sitä, että analyysi ja siitä johdetut päätelmät ja tutkimustulokset vastaavat mahdollisimman tarkasti vastaajien kokemaa todellisuutta niin kuin se on heille näyttäytynyt. Olen myös pyrkinyt kuvaamaan tutkittavana olleita ilmiöitä niin kuin kyselyyn vastanneet ovat ilmiötä kuvanneet. Tutkijalla on kuitenkin aina oma taustansa ja käsityksensä tutkittavista ilmiöistä ja niiden merkityksistä, ja tämä vaikutus on aina olemassa.

4 TULOKSET

Tässä luvussa esitän tutkimusaineiston eli kyselylomakkeen määrällisten ja laadullisten kysymysten vastaukset. Vastaukset kuvaavat ikäihmisten kokemuksia omasta arjesta ja kotona pärjäämisestä. Tulosten valossa esitän sen, miten ikäihmiset kokevat kotihoidon palvelujen laadun ja määrän tarpeitaan vastaavana. Lisäksi tulokset antavat kuvaa siitä, miten koettu palvelujen laatu ja määrä vaikuttavat psykososiaaliseen toimintakykyyn.

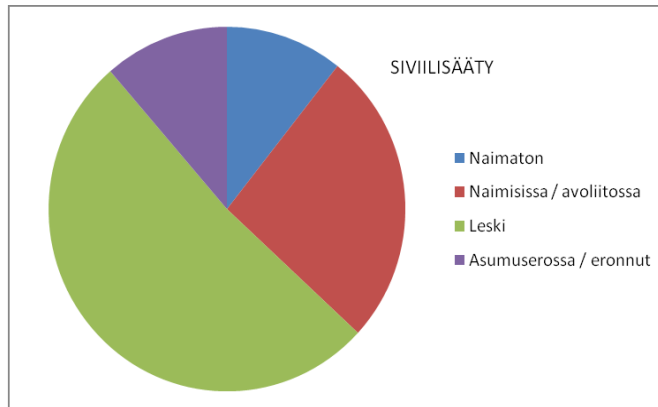
4.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Asiakastyytyväisyyslomakkeet lähetettiin 209 kotihoidon asiakkaalle. Palautettuja kyselylomakkeita oli 163, joista 13 jouduin hylkäämään epäselvyyksien vuoksi. Kaikista vastaajista 75 prosenttia eli 112 oli naisia ja 25 prosenttia eli 38 oli miehiä.



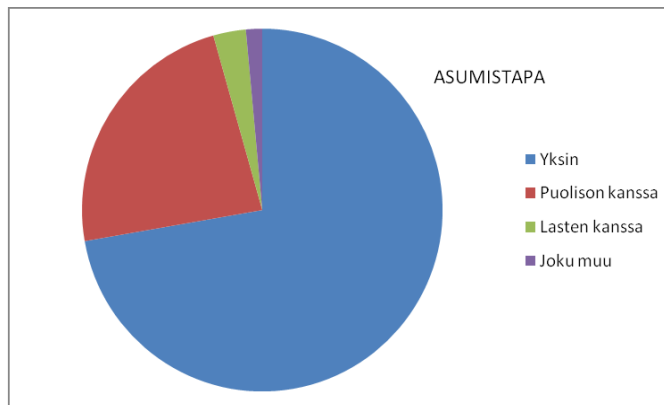
Kuvio 1 kuvaa kyselyyn vastanneiden ikäjakaumaa. Vastanneista alle 65-vuotiaita oli 6 prosenttia, 65–74-vuotiaita oli 15 prosenttia, 75–84 vuoden ikäryhmä oli suurin 38 prosenttia. Toiseksi suurin ryhmä, 35 prosenttia muodostui yli 85-vuotiaista vastaajista. Vastaamatta jätti 6 prosenttia.

Kronologisesti katsottuna tämän tutkimuksen kotihoidon palvelujen käyttäjät lukeutuvat alle 65 vuoden iästä yli 85 vuoden ikään. Heidän kotihoitoon palvelujen tarpeeseensa liittyy tavalla tai toisella omassa kodissa selviytymisen tukeminen. Toimintakyvyn heikkeneminen ja sen mukaan tuomat muutokset ovat kriteereinä säännöllisen kotihoidon saannille, mutta myös lyhytaikaiset tai äkilliset tarpeet voivat olla lähtökohtana kotihoitoon palveluille. Palvelujen käyttäjinä tässä tutkimuksessa on yhdestä vuodesta yli seitsemän vuotta kotihoidon palveluja käyttäneitä.



Kuvio 2 Esittää siviilisäädyn jakaumaa. 49 prosenttia kaikista kyselyyn vastanneista oli leskiä. Naimattomia oli 10 prosenttia, naimisissa / avoliitossa oli 25 prosenttia, asumuserossa tai eronneita oli vastanneista 11 prosenttia. Siviilisäätyään ei ilmoittanut 5 prosenttia.

Taustatiedoissa kysyttiin myös vastaajan äidinkieli. Kaikista kyselyyn vastanneista, 91 prosenttia ilmaisi äidinkielekseen suomen ja 2 prosenttia ilmoitti olevansa ruotsinkielisiä. Vastaamatta jätti 7 prosenttia.



Kuvio 3 Havainnollistaa vastaajien asumistapaa. Vastaajista ylivoimaisesti suurimmaksi ryhmäksi muodostui yksin asuvien ryhmä, heitä oli 72 prosenttia. Puolison kanssa asui 21 prosenttia vastaajista, lasten kanssa 3 prosenttia ja joku muu asumistapa oli 1 prosentilla vastaajista. 9 prosenttia jätti vastaamatta.

Kyselyssä kysyttiin myös asumismuotoa. Suurin joukko vastaajista, 43 prosenttia asui kerrostalossa. Toiseksi eniten, 31 prosenttia asui omakotitalossa. Rivitalossa asui 9 prosenttia vastaajista ja jonkun muun asumismuodon ilmoitti 1 prosentti vastaajista. Kysymykseen asumismuodosta jätti vastaamatta 9 prosenttia vastaajista.

4.2 Vastaajien kotihoitoa koskevat tiedot

Kysymyksessä 1 kartoitettiin, kauanko vastaaja on ollut kotihoidon asiakkaana.

Kyselyyn vastanneista suurin osa, 41 prosenttia oli ollut kotihoidon asiakkaana 1-3 vuotta. Alle 1vuotta asiakkaana olleita oli 23 prosenttia, yli 7

vuotta asiakkuutta oli 19 prosentilla vastaajista, 4-5 vuotta asiakkaana oli ollut 9 prosenttia ja 3 prosenttia oli ollut 6-7 vuotta kotihoidon asiakkaana. Vastaamatta jätti 5 prosenttia vastaajista.

Kysymyksessä 2 haluttiin tietää, mitä tukipalveluja vastaaja käyttää. Vastaajista 55 prosenttia käytti ateriapalvelua, turvapuhelin oli 37 prosentilla vastaajista. Kauppapalvelua käytti 16 prosenttia vastaajista. Kuljetuspalveluita hyödynsi 27 prosenttia vastaajista. Kylvetyspalvelua oli 30 prosentilla vastaajista. Kuntoutuspalveluja oli ainoastaan 7 prosentilla vastanneista. Päivätoimintaa oli 21 prosentilla vastaajista. Asiointiapua kirjasi käyttävänsä 15 prosenttia vastaajista.

Kysymyksessä 3 haluttiin selvittää, kuinka usein kotihoito käy vastaajan luona.

Vastaajista 31 prosenttia ilmoitti saavansa kotihoitoa useita kertoja päivässä. Päivittäin kotikäyntejä sai 25 prosenttia vastaajista. Päivittäin kohtaan vastanneiden joukossa on todennäköisesti myös viikonloppuisin kotikäyntejä saavia, sillä näitä käyntejä oli vain 1 prosentilla vastaajista. Viikoittain kotihoito kävi 35 prosentin luona vastaajista. Harvemmin kotihoito kävi 8 prosentilla vastaajista.

Kysymyksessä 4 haluttiin tietää, mihin aikaan päivästä kotihoito kävi asiakkaan luona.

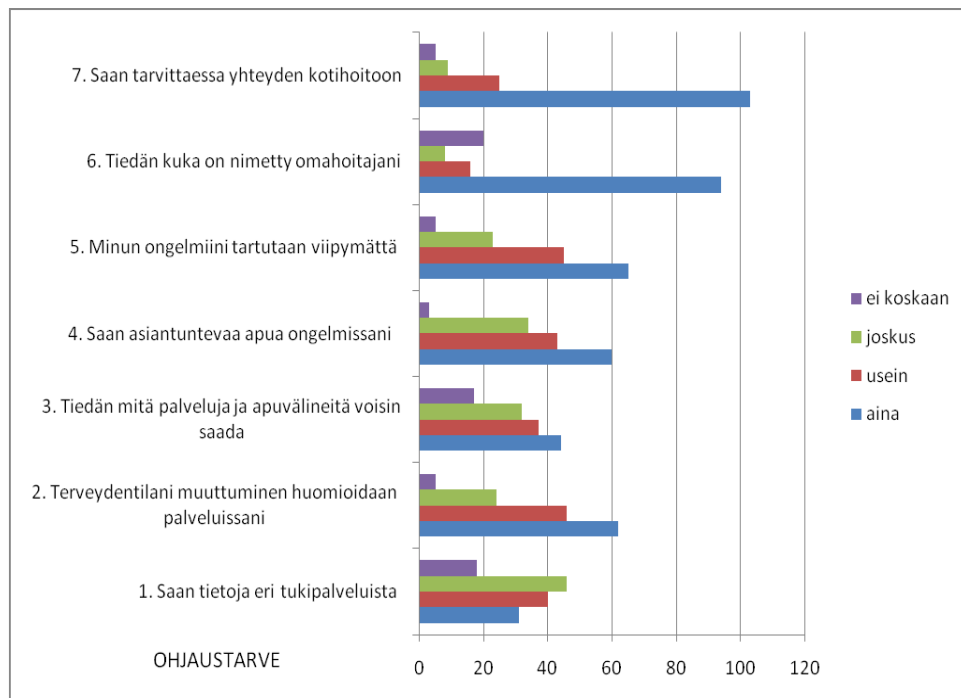
Suurin joukko 66 prosenttia vastaajista ilmoitti kotihoidon käyvän heidän luonaan aamulla. Päivällä kotihoito kävi 57 prosentin luona asiakkaista. Illalla kotihoidon käyntejä vastaanotti 27 prosenttia asiakkaista. Yöllä ei käyty kenenkään luona. Tässä vastauksessa vastaaja oli usein laittanut ruksin useampaan kohtaan. Pääpaino kotihoidon työntekijöiden käynneistä painottuu aamu- ja päiväkäynteihin.

Kysymyksessä 5 kartoitettiin, mitä apuvälineitä vastaajilla on käytössään. Rollaattori oli yleisin apuväline ja se oli käytössä 64 prosentilla vastaajista. Kävelykepin mainitsi 35 prosenttia vastaajista. WC-tuki oli käytössä 32 prosentilla vastaajista. Suihkutuolia tarvitsi 45 prosenttia vastaajista. Pyörätuoli oli käytössä 10 prosentilla vastaajista. Kuulolaitteesta ilmoitti 18 prosenttia vastaajista. Syömisen apuvälineitä oli ainoastaan 1 prosentilla vastaajista. Pukeutumisen apuvälineitä käytti 3 prosenttia vastaajista. Näkemisen apuvälineet olivat käytössä 30 prosentilla vastaajista. Mikä muu apuväline oli käytössä, tuotti useita vastauksia muun muassa tartuntapihdit, sängyn tukikaide, pyöräkelkka, henkilönostin, potkupyörä, kävelysauvat ja tukisukat.

Muutamilla vastaajista oli käytössään päivittäin useita apuvälineitä. Tätä asiaa ei erikseen jokaisen asiakkaan osalta kartoitettu.

Kyselylomakkeen kysymyksessä 6 haluttiin selvittää, millaiseksi vastaajat kokevat oman terveydentilansa. Vastaajista suurin osa, 53 prosenttia koki terveydentilansa keskinkertaiseksi. Melko huonoksi terveydentilansa ilmaisi 27 prosenttia vastaajista. Melko hyvänä terveydentilaansa piti 11 prosenttia vastaajista, erittäin hyvänä 1 prosentti vastaajista. Erittäin huo-

noksi terveydentilansa koki 4 prosenttia vastaajista. Tässä vastauksessa 4 prosenttia jätti vastaamatta terveydentilan kokemuksestaan.



Kuvio 4 Vastaajien kokema ohjaustarve. Kyselylomakkeen kysymys 7 vastaukset näkyvät kuviossa 4. Kysymyksissä 1–7 haluttiin selvittää, miten vastaajat kokevat saavansa tietoa kotihoidon palveluista. Lisäksi, miten he kokevat saavansa ohjausta ja apua tarvittaessa. Tässä ja kaikissa seuraavissa kuviotaulukkoissa luvut 0-120 kuvaa vastaajien lukumäärää. Vastaajien kokemukset eri vaihtoehtojen osalta näkyvät prosenteissa allaolevassa tekstissä.

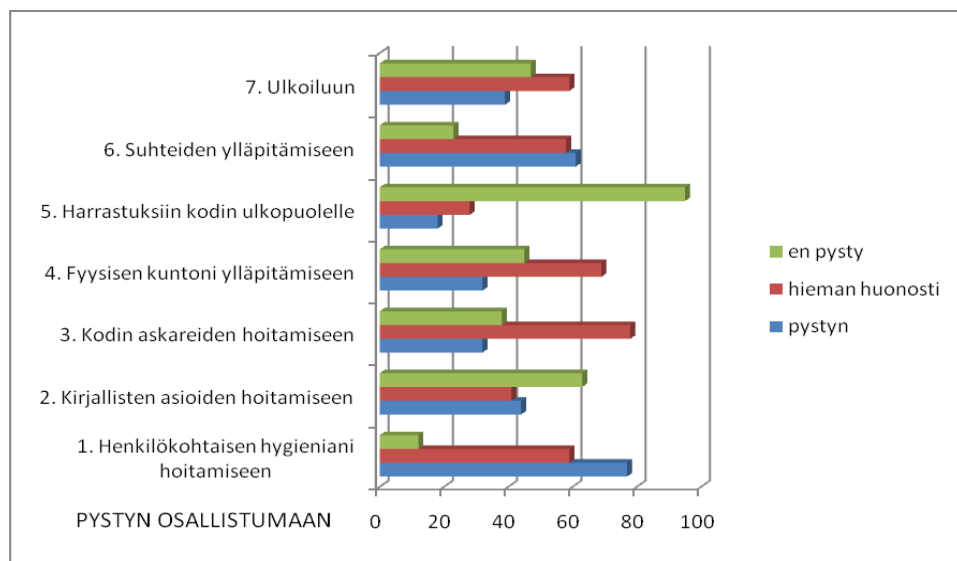
1. Vastaajista (21 %) koki saavansa aina halutessaan tietoa tukipalveluista. Usein tietoa koki saavansa (27 %) vastaajista, joskus (31 %) ja ei koskaan saanut tietoa koki (12 %) vastaajista. Vastaamatta tähän kysymykseen jätti (9 %) vastaajista.
2. Terveydentilän muuttumisen huomioimisen palveluissaan koki aina (41 %) vastaajista, usein (31 %), joskus (16 %), ei koskaan (3 %). Vastaamatta jätti (9 %).
3. Tiedon palvelujen ja apuvälineiden saamisesta koki aina (29 %), usein (25 %), joskus (21 %), ei koskaan (11 %). Vastaamatta jätti (14 %).
4. Asiantuntevaa apua ongelmissaan koki saavansa aina (40 %), usein (29 %), joskus (23 %), ei koskaan (2 %). Vastaamatta jätti (6 %).
5. Vastaajan ongelmiin tartutaan viipymättä, aina vastanneita oli (43 %), usein (30 %), joskus (15 %) ja ei koskaan (3 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (9 %).
6. Omahoitajansa tiesi aina (63 %) vastaajista, usein (11 %), joskus (5 %), ei koskaan (13 %). Vastaamatta jätti (8 %).
7. Yhteyden kotihoitoon tarvittaessa koki saavansa aina (69 %) vastaajista, usein (17 %), joskus (6 %) ja ei koskaan (3 %) vastaajista. (5 %) ei vastannut kysymykseen.

Vastauksista nousi esiin ikäihmisen monimuotoisten palvelutarpeiden ohjauksen ja asiantuntijuuden koettu puute. Laadukkaaseen kotihoitoon Tepoksen (2007, 62) mukaan kuuluu ennakoiva toiminta, palveluneuvonta ja ohjaus. Myös Tenkasen mielestä ikäihmisen tarvitsee monenlaista asiantuntija-apua selviytyäkseen huonokuntoisena omassa kodissaan. Keskeisiä ikäihmisen kotona selviytymistä edistävinä tekijöinä hän luettelee talou-

dellisen, fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden, asuinympäristön ja asunnon toimivuuden, terveyden ja mielenterveyden edistämisen, toimintakyvyn ja vireyden ylläpidon, sosiaaliset suhteet ja yksinäisyyden lievittäminen. (Tenkanen 2007, 183.)

Seuraavassa on vastaajien kirjoittamia ja kuvaamia kokemuksia ohjauksen ja asiantuntija-avun tarpeestaan:

Jokainen tarvitsisi erilaisia palveluita. Ei voi katsoa jostakin kirjasta mitä palveluita on mahdollista antaa vaan katsoa ihmistä ja hänen tilannettaan ja miettiä mitä juuri hän tarvitsee (N16). Apuvälineitä ei ole riittävästi. Kunta tiedottaa palveluista ja apuvälineistä hyvin vähän (M26). Kotihoidon tulisi olla monipuolisempaa ja enemmän toivomusten mukaista, et oman tahdon viemisiä (M/N3). Taksilaput olisivat tarpeen. Tukipalveluita tulisi olla saatavissa riittävästi tarpeen mukaan (N74). Välitetään esim. siivouspalvelua ym. tietoa (N32). Siivouspalveluiden helpompi saanti kohtuullisesti (M13).



Kuvio 5 Vastaajien kokemus osallistumisesta kysymysten 1-7 väittämiin. Kyselylomakkeen kysymys 8 vastaukset näkyvät kuviossa 5. Kysymyksissä 1-7 haluttiin kartoittaa, miten vastaajat kokevat arjen toiminnoissa omat voimavaransa. Kuvion luvut 0-100 kuvaa vasattajien lukumäärää. Vastaukset eri vaihtoehtojen osalta jakautuivat prosenteissa seuraavasti.

1. Henkilökohtaisen hygienian hoitamiseen koki pystyvänsä (51 %) vastaajista ja (39 %) koki pystyvänsä tähän hieman huonosti, en pysty vastanneita oli (8 %). Vastaamatta jätti (2 %).
2. Kirjallisten asioiden hoitamiseen pystyi (29 %) vastaajista, hieman huonosti (27 %) ja suurin joukko (42 %) valitsi vaihtoehdon, en pysty.
3. Kodin askareiden hoitamiseen koki pystyvänsä (21 %) vastaajista, hieman huonosti (52 %) ja en pysty vastasi (25 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (2 %).
4. Oman fyysisen kunnon ylläpitämiseen vastanneista (21 %) vastasi pystyvänsä, (46 %) oli vaihtoehdon hieman huonosti kannalla ja (25 %) vastasi, ettei pystyisi. Vastaamatta jätti (8 %).

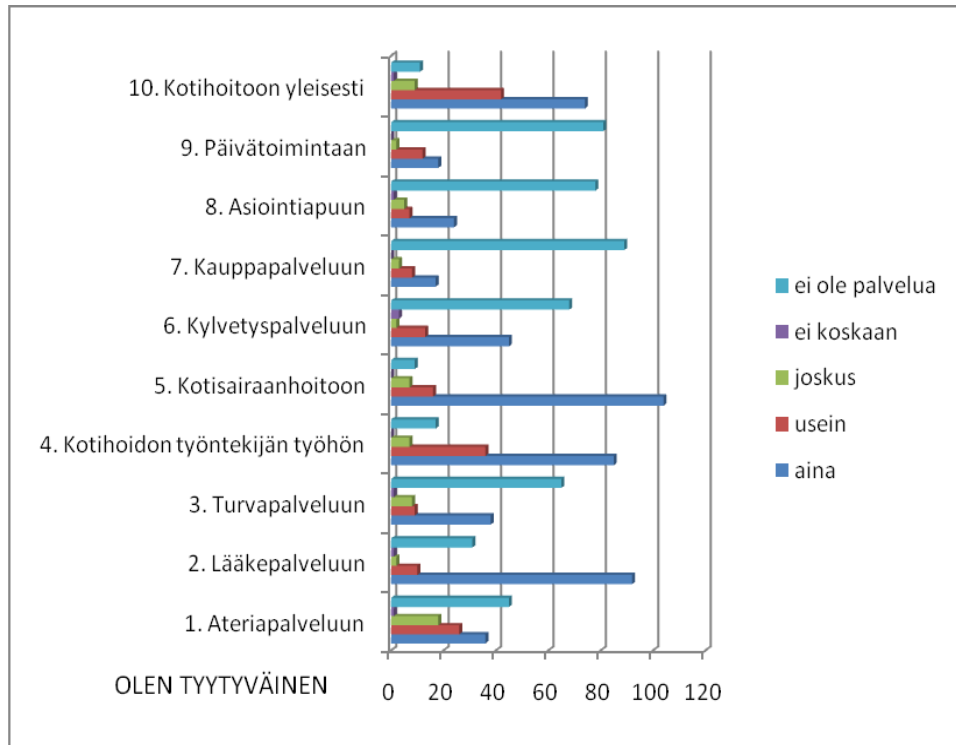
5. Vastaajista (12 %) koki pystyvänsä osallistumaan kodin ulkopuolisiin harrastuksiin, hieman huonosti koki pystyvänsä (19 %) ja vastaajista (63 %) koki, ettei pysty osallistumaan harrastuksiin kodin ulkopuolelle. Vastaamatta jätti (6 %).
6. Kysyttiin pystyisikö vastaaja ylläpitämään sosiaalisia suhteitaan. Vastaajista (41 %) koki pystyvänsä, hieman huonosti pystyi (39 %). Vastaajista (15 %) koki, ettei pysty ylläpitämään sosiaalisia suhteita. Vastaamatta jätti (5 %).

Kysymys 5 antaa kuvan vastaajien osallistumisesta kodin ulkopuoliseen toimintaan. Vastaajista 63 prosenttia koki, ettei pystynyt harrastuksiin kodin ulkopuolelle. On todettu, että ikäihmisen kyky osallistua esim. harrastuksiin kotinsa ulkopuolelle heikkenee ensimmäiseksi.

Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ja huono terveys johtavat riippuvuuteen toisten avusta. Osallistumisessa oman kodin ulkopuolelle ja terveydentilan kokemisella on merkittävä yhteys. Mikäli subjektiivinen kokemus omasta kykenemisestä lähtee on epävarma ja turvaton, lähteminen jää tekemättä. Vastaukset osoittavat, että ikäihminen tarvitsee toisen ihmisen tukea voidakseen ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa.

Yksi ihmisarvoisen vanhuuden turvaamisen keskeinen eettinen periaate on osallisuuden tukeminen. Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja vahvistamista tulee tukea palveluilla, jotta iästä ja toimintarajoitteista huolimatta ikäihminen on yhteisönsä täysivaltainen jäsen. Kurki kirjoittaa, miten erityisen tärkeää on, ettei kotona asuva ikäihminen jää yksin. Ikäihmistä tulee Kurjen mukaan tukea piristävän elämänpiirin luomisessa ja näin tukea häntä ylläpitämään sosiaalisia suhteita. (STM 2008, 12–13; Kurki 2007, 96.) Riittävien palvelujen kohdentuminen kotona selviytymisen tueksi näkyi kuviossa 5. Kokemus pystymisestä oli alhainen lähes jokaisen kysymyksen kohdalla. Tenkasen mielestä julkisten hyvinvointipalvelujen ja tukipalvelujen lisäksi ikäihmisillä pitäisi olla mahdollisuus tasavertaisena yhteiskunnan jäsenenä osallistua ja harrastaa omien mahdollisuuksien mukaan, yhteydet ulkomaailmaan ovat merkityksellisiä (Tenkanen 2007, 192).

4.3 Vastaajien kokemus kotihoidon laadusta



Kuvio 6 Vastaajan tyytyväisyys saamiinsa palveluihin. Kyselylomakkeen kysymys 9 vastaukset näkyvät kuviossa 6. Kysymyksissä 1–9 haluttiin kartoittaa vastaajien kokemusta kotihoidon laadusta sekä tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin. Kuvion luvut 0–120 kuvaa vastaajien lukumäärää. Vastaukset kysymysten vaihtoehtojen suhteen jakautuivat prosenteissa seuraavasti:

1. Ateriapalveluun (24 %) vastaajista oli tyytyväisiä aina, usein (17 %), joskus (12 %), ei koskaan (1 %) ja palvelua ei ollut (30 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (16 %).
2. Lääkepalveluun (61 %) vastaajista oli tyytyväisiä aina, usein (7 %), joskus, (1 %) ei koskaan (1 %) ja (21 %) vastaajista ei ollut palvelua. (10 %) ei vastannut.
3. Turvapalveluun (25 %) vastaajista oli tyytyväisiä aina, (6 %) usein, (5 %) joskus, (1 %) ei koskaan ja (43 %:lla) ei ollut palvelua. Vastaamatta jätti (20 %).
4. Kotihoidon työntekijän työhön (57 %) vastaajista oli tyytyväisiä aina, (24 %) usein, (5 %) joskus, (0 %) ei koskaan, (11 %) kirjasi, ettei ole palvelua. Ei vastannut (3 %).
5. Kotisairaanhoidoon (69 %) vastaajista oli tyytyväisiä aina, (11 %) usein, (5 %) joskus, (0 %) ei koskaan ja (6 %) vastasi, ettei ole palvelua. Vastaamatta jätti (9 %).
6. Kylvetyspalvelun osalta (30 %) vastaajista koki palvelun hyvänä aina, (9 %) usein, (1 %) joskus, (2 %) ei koskaan ja (45 %) vastasi, ettei ole palvelua. (13 %) ei vastannut.
7. Kauppalpalveluun (11 %) vastaajista koki tyytyväisyyttä aina, (5 %) usein, (2 %) joskus, (0 %) ei koskaan ja (59 %) ei ollut palvelua. 23 % ei vastannut.
8. Asiointiapuun (16 %) vastaajista oli tyytyväisiä aina, (5 %) usein, (3 %) joskus, (1 %) ei koskaan ja (52 %) ilmaisi, ettei hänellä ole palvelua. Vastaamatta jätti (23 %).
9. Päivätoimintaan (12 %) kaikista vastanneista oli tyytyväisiä aina, (8 %) usein, (1 %) joskus, (0 %) ei koskaan ja (54 %) vastanneista ei ollut palvelua. (25 %) ei vastannut.
10. Yleisesti (49 %) vastaajista koki tyytyväisyyttä kotihoitoon aina, (28 %) usein, (6 %) joskus, (1 %) ei koskaan ja (7 %) vastasi, ettei hänellä ole palvelua. Vastaamatta jätti (9 %).

Yllä olevien kysymysten tuloksiin saattoi vaikuttaa vastaajien epävarmuus palvelun antajan tehtävänkuvasta eli oliko kyseessä kotisairaanhoido vai kodinhoitajan käynti.

Kotihoidon palvelut käyttäjät kokivat useimmiten välttämättöminä, jotta omassa kodissa voitiin asua itsenäisesti. Välttämättömien palvelujen lisäksi korostui tarve yksilöllisistä palveluista. Niiden koettiin parantavan kotona selviytymistä. Myös entinen kotipalvelu koettiin useissa vastauksissa nykyistä paremmaksi. Tätä kuvailtiin muun muassa siten, että kodinhoitajat tekivät niitä töitä, mitä kulloinkin palvelun saaja koki tärkeänä ja itselleen merkityksellisenä.

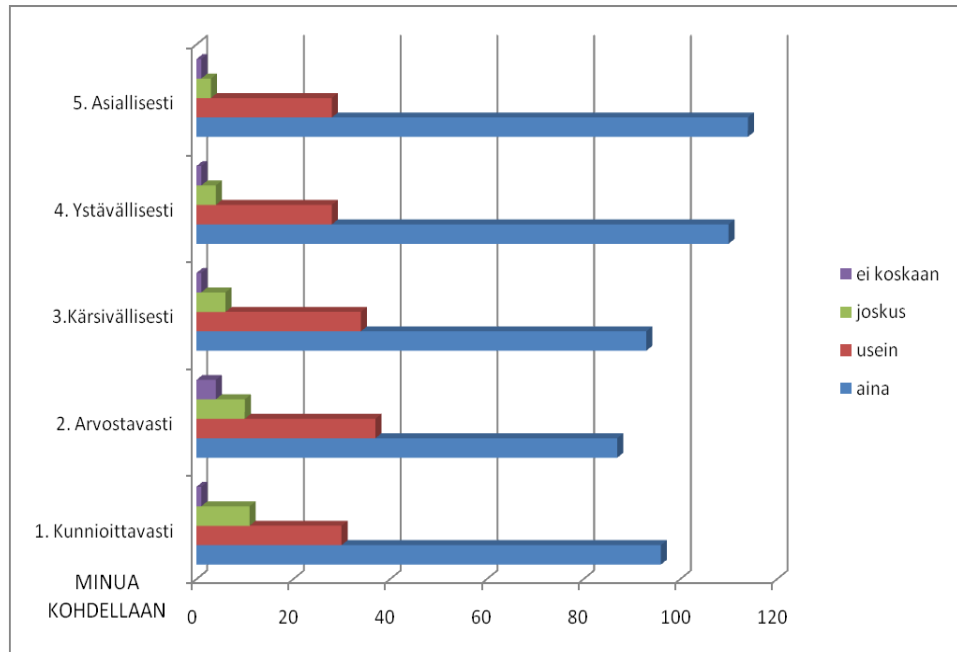
Vanha kodinhoitoapu parempi. Nyt kaikki erillään ja jokainen maksaa esim. kotona laitettu ruoka maistaa paremmin, kun ruuan tuoksukin jo herättää ruokahalua. Voin vielä osallistua ruuan tekoon joka on mukavaa tekemistä (M15).

Kotihoidon työntekijä voi olla yksin kotona asuvan ikäihmisen ainoa muuttuva ympäristötekijä. Ikäihmisen tarpeet, toiveet ja odotukset suhteessa toteutuneisiin kohtaamisiin ovat merkityksellisiä elämän laatuun liittyviä tekijöitä. Kysymys 10 kuviossa 6 osoitti, että vastaajista 49 prosenttia oli aina tyytyväisiä kotihoitoon. Se näkyi myös avointen kysymysten vastauksissa, jossa kotihoitoa kiiteltiin monin lausein seuraavasti:

Olen omalta kohdaltani tyytyväinen kotihoidon palveluihin (N76). Kiitos kotihoidon työntekijöille, te olette olleet mukavia ja tehneet hyvin työnne (N78)!
En osaa sanoa. Minä olen täysin tyytyväinen apuun jonka saan viikoittain. Kiitos kaikille auttajille (M7)!
Kiitän kaikesta saamastani palvelusta (N47)!
Hyvä, että apu tulee kotiin. On tyytyväinen (N50).
Palvelut jos toimii, niin kotihoito on hyvä (N60).
Minusta ne ovat aika hyvät jo nyt (M14).

Kyselylomakkeen kysymyksessä 10 haluttiin kartoittaa, mistä eri tahoilta kuin kotihoidolta vastaaja saa apua tällä hetkellä. Vastaajia pyydettiin merkitsemään kaikki vaihtoehdot, josta hän saa tarvittaessa apua.

Vastaajista 66 prosenttia ilmaisi saavansa apua omaisiltaan. Naapureilta apua sai 20 prosenttia vastaajista. Ystäviltä apua oli tarjolla 15 prosentille vastaajista. Tuttavat auttoivat 7 prosenttia vastaajista. Seurakunnalta sai apua 5 prosenttia vastaajista. Vapaaehtoisilta avun sai 9 prosenttia vastaajista ja 7 prosenttia vastasi, ettei saa apua mistään muualta kuin kotihoidolta.

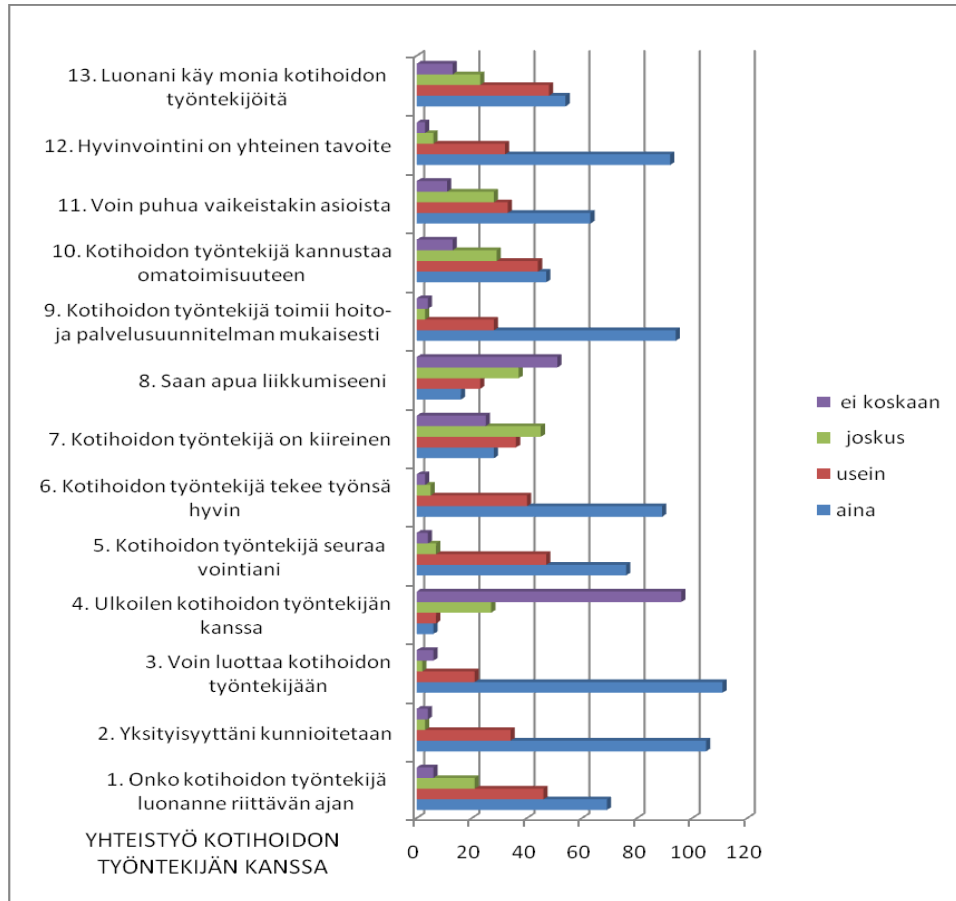


Kuvio 7 Vastaavien kokemus saamastaan kohtelusta. Kyselylomakkeen kysymys 11 vastaukset näkyvät kuviossa 7. Kysymyksissä 1–5 haluttiin selvittää vastaajan kokemuksia saamastaan kohtelusta ja vuorovaikutuksessa kotihoidon työntekijän kanssa. Kuvion luvut 0-120 kuvaa vastaajien lukumäärää. Vastaajien vastaukset eri vaihtoehtojen mukaan jakautuivat prosenteissa seuraavasti.

1. Vastaajista (64 %) koki kohtelun aina kunnioittavana, useasti kohtelun kunnioittavaksi koki (20 %) vastaajista, joskus (7 %), ja ei koskaan (1 %). Vastaamatta jätti (8 %).
2. Kohtelun koki arvostava aina (58 %) vastaajista, kohtelun koki arvostavana usein (25 %) vastaajista, joskus arvostusta koki (7 %). Arvostusta ei kokenut koskaan (3 %). Vastaamatta jätti (7 %).
3. Kärsivällisenä kohtelun koki aina (62 %) vastaajista, usein kohtelun koki kärsivällisenä (23 %), joskus kohtelun koki kärsivällisenä (4 %). Kohtelua kärsivällisenä ei koskaan kokenut (1 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (10 %).
4. Kohtelun koki ystävällisenä aina (73 %) vastaajista, kohtelun koki ystävällisenä usein (19 %), joskus kohtelun koki ystävällisenä (3 %) vastaajista (1 %) ei koskaan kokenut ystävällisenä. Vastaamatta jätti (4 %).
5. Asiallisena kohtelun koki aina (76 %) vastaajista. Kohtelun koki asiallisena usein (19 %), kohtelun koki asiallisena joskus (2 %) vastaajista. Kohtelua ei koskaan kokenut asiallisena (1 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (2 %).

Vastaukset osoittavat, miten vastaajat kokevat kohtelun kotihoidon työntekijöiden osalta hyvänä kaikkien kysymysten osalta. Kokemus kohtelusta luo tunteen välittämistä. Laitinen kirjoittaa välittämisen etiikasta. Kotihoidon vanhustyön peruselementti on vuorovaikutus, jossa on läsnä aina kaksi eettistä näkökulmaa, toinen on työntekijän ja toinen ikäihmisen käsitys eettisesti oikeasta tavasta toimia. Työntekijää ohjaavat lait, asetukset, terveydenhuollon eettiset ohjeet, ammattietiikka sekä omat eettiset arvot. Välittämisen etiikassa Laitisen mukaan, nähdään tärkeänä eettisen tilanteen tausta ja yksityiskohdat. Hänen mukaansa jokainen ihminen tulee jostakin, yhtä arvokkaasta taustastaan ja tämä tausta on jokaisessa ihmisen kohtaamisessa läsnä. Laitinen painottaa eettiseen toimintaan kuuluvaa toisen ihmisen huomioonottamista, empatiaa, vastuuta ja välittämistä. Etiikka on läsnä jokaisessa vuorovaikutustilanteessa, se on siis läsnä arkipäivässä

ja käsitys oikeasta ja väärästä välittyy toiminnassa. Eettisyys välittyy myös siitä, miten puhutemme, katsomme tai kosketamme ikäihmistä. (Laitinen 2004, 50–53.)



Kuvio 8 Vastaajien kokemus yhteistyöstä kotihoidon työntekijän kanssa. Kyselylomakkeen kysymys 12 vastaukset ovat nähtävissä yllä olevassa kuviossa 8. Vastaukset kuvaavat vastaajan kokemuksia yhteistyöstä kotihoidon työntekijöiden kanssa. Kysymyksissä 1–13 haluttiin kartoittaa vastaajan tyytyväisyyttä kotihoidon työntekijän toimintaan ja työtapaan vastaajan luona sekä yhdessä toimimiseen hänen kanssaan. Kuvion luvut 0–120 kuvaa vastaajien lukumäärää. Vastaukset kysymysten osalta eri vaihtoehdoista jakautuivat pro-senteissa seuraavasti.

1. Vastaajista (46 %) koki kotihoidon työntekijän olevan luonaan riittävän ajan aina. Usein (31 %), joskus (14 %). Ei koskaan (4 %). Vastaamatta jätti (5 %).
2. Yksityisyyttäni kunnioitetaan aina, koki (70 %) vastaajista. Yksityisyyttäni kunnioitetaan usein, koki (23 %), joskus (2 %), ei koskaan (3 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (2 %).
3. Vastaajista (74 %) koki voivansa aina luottaa kotihoidon työntekijään. Usein koki luottavansa (14 %), joskus (1 %), ei koskaan (4 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (7 %).
4. Ulkoilu kotihoidon työntekijän kanssa toteutui aina (4 %) vastaajista, usein (5 %) vastaajista, joskus vastasi (18 %), vastaajista ei koskaan ulkoile työntekijän kanssa (64 %). Vastaamatta jätti (9 %).
5. Vastaajista (51 %) koki kotihoidon työntekijä seuraavan vointiaan aina. Usein (31 %), joskus (5 %), ei koskaan (3 %). Vastaamatta jätti (10 %).
6. Vastaajista (59 %) koki kotihoidon työntekijän tekevän työnsä hyvin aina. Usein (27 %), joskus (3 %), ei koskaan (2 %). Vastaamatta jätti (9 %).

7. Vastaajista (19 %) koki kotihoidon työntekijän aina kiireisenä. Usein (24 %), joskus (30 %), ei koskaan (17 %). Vastaamatta jätti (10 %).
8. Vastaajista (11 %) koki aina saavansa apua liikkumiseensa. Usein (15 %), joskus (25 %), ei koskaan (34 %). Vastaamatta jätti (15 %).
9. Vastaajista (63 %) koki kotihoidon työntekijän toimivan aina hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Usein (19 %), joskus (2 %), ei koskaan (3 %). Vastaamatta jätti (13 %).
10. Vastaajista (31 %) koki kotihoidon työntekijä kannustavan aina omatoimisuuteen. Usein (29 %), joskus (19 %), ei koskaan (9 %). Vastaamatta jätti (12 %).
11. Vastaajista (42 %) koki aina voivansa puhua vaikeistakin asioista. Usein (22 %), joskus (19 %), ei koskaan (7 %). Vastaamatta jätti (10 %).
12. Vastaajista (61 %) koki hyvinvointinsa olevan aina yhteinen tavoite. Usein koki (21 %), joskus (4 %), ei koskaan (2 %). Vastaamatta jätti (12 %).
13. Vastaajista (36 %) koki luonaan käyvän aina monia työntekijöitä. Usein koki (32 %), joskus (15 %), ei koskaan (9 %). Vastaamatta jätti (8 %).

Vastaajat kokivat yhteistyön kotihoidon työntekijöiden kanssa monilta osin hyväksi. Tepposen (2009, 156) mukaan yksilöllisen ja asiakkaan tarpeiden mukaisen hoidon edellytys on jatkuvuus. Jatkuvuutta tukee tuttuus ja pysyvyys, jotka puolestaan luovat edellytyksen luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiselle. On tärkeää, että kotihoidon työntekijä ja ikäihminen tuntevat toinen toisensa ja että heillä on yhteinen käsitys tarpeista ja näihin liittyvästä elämäntilanteesta.

Vastaajista 59 prosenttia koki työntekijöiden tekevän työnsä hyvin aina. Avoimien kysymysten vastaukset ilmaisivat kuitenkin, että siivous koettiin toisinaan puutteelliseksi ja sitä eritoten toivottiin lisää. Lukuisat vastaajat kokivat sen merkityksellisenä osana kotona selviytymistään. Tämän palvelun, vastaajat ilmaisivat myös yhdeksi kotihoidon palvelun kehittämiskohdeksi parantaa palvelutoimintaa (ks. kuvio 12 s. 42). Siivouspalveluiden supistaminen vain välttämättömään on tuottanut pettymystä. Vastaajat kokevat etteivät kykene itse selviytymään siivouksista eikä siivouksen ostaminen ulkopuoliselta ole taloudellisesti mahdollista kaikille mahdollista. Joskus taas ei tiedetty, kuka kyseistä palvelua antaisi. Näin vastaajat kuvaavat kokemaansa tilannetta:

Että he saisivat tehdä kotona enemmän siivota ja pyyhkiä pölyjä joka olisi astmaatikolle tärkeää (N23).

Toivoisin että joskus lattioita pyyhittäisiin (N26).

Esteettisyys ja esteettisen laadun havaitseminen tuottaa esteettisen elämyksen, jolle on ominaista ihmisen monitahoinen läsnäolo eli aistien, ajatusten, tunteiden, mielikuvituksen ja muistojen yhteistyö, toteaa Mannonen (1997, 48). Ei siis ole yhdentekevää se, millaisena oman kotinsa ja siellä olemisensa kokee. Kotiin liittyy kokemus siitä, miten itse kotiaan pystyessään hoiti ja miten vieras ihminen tätä nyt hoitaa. Tyytyväisyys omaan elinympäristöön vaikuttaa elämänlaadun hyväksi kokemiseen.

Tyytyväisyyttä haittasi myös työntekijöiden runsas vaihtuvuus. Tämä koettiin muun muassa turvattomuutta lisäävänä tekijänä. Työntekijöiden ajoittainen tai toistuva kiire vaikutti siihen, ettei yhteistä aikaa keskustelulle ja mahdollisten ongelmien puhumiselle löytynyt. Ikäihmisten useista vastauksista kuvastui toive, että työntekijät kävisivät useammin ja viipyi-

sivät pidemmän ajan käynneillään. Tämän voi tulkita seuraavista lauseista siitä, mikä kulloinkin vastaajan mielestä parantaisi omaa kotona asumista.

Kotihoidon työntekijöiden vaihtuvuuden vähentyminen (M27).

Enemmän työntekijöitä että olisi aikaa enemmän (N110).

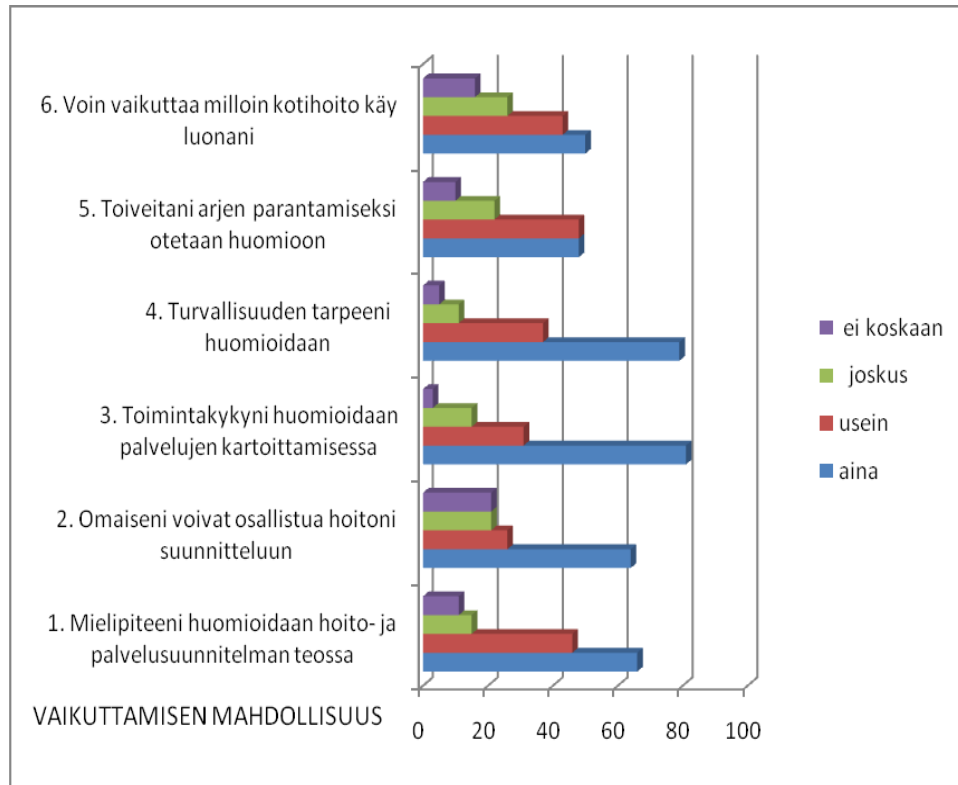
Työntekijöitä olisi lisättävä. Käydään useammin (N32).

Monissa tutkimuksissa on ollut havaittavissa, miten ikäihmiset kokevat työntekijän kiireiseksi. Tepposen mukaan asiakkaalle annettu aika ja kiireettömyys ovat laadun tärkeitä ulottuvuuksia (Tepponen 2009, 164). Työntekijän kiire vaikuttaa työntekijän ja palvelun saajan mahdollisuuteen seurustella, liikkua kotiympäristössä ja ulkoilla yhdessä. Samaan tulokseen päätyi Tenkanen, jonka tutkimuksessa vanhukset kritisoivat työntekijöiden liian monia asiakkaita, jolloin aikaa ei jää keskusteluun eikä ulkoiluun. Lisäksi Tenkasen mukaan työntekijät tekevät työnsä vanhuksen luona kiireisesti eivätkä ehdi tukea vanhusta kotona liikkumisessa. (Tenkanen 2003, 183, 192; Heinola, 2007, 35, ks. myös Salonen 2007, 151.)

Tepponen toteaaakin, että työntekijöiden kiireisyys ja ajan riittämättömyys on todettu korjausta vaativaksi ongelmaksi lähes kaikissa suomalaisissa kotihoitoa tai kotipalvelua käsittelevissä tutkimuksissa (Tepponen 2009, 164). Tässä tutkimuksessa vastaajien kokemus työntekijöiden kiireestä kuvastui voimakkaasti myös kyselyn avointen kysymysten 17 ja 18 kohdalla:

Toivoisin, että hoitajat olisivat pitempään, lukisivat ja seurustelisivat, jutustelisivat (M4).

Enemmän aikaa ja empatiaa (N51). Toivoisin että kodinhoitajat ehtisivät viipyä luonani pidempään (N92).



Kuvio 9 Vastaajien kokemus vaikuttamisen mahdollisuudestaan. Kuvio 9 kuvaa vastaajien vaikuttamisen mahdollisuuden kokemista eri väittämien osalta. Kysymyksissä 1–6 haluttiin tietää, miten vastaajat kokevat vaikuttamisen mahdollisuuksiansa kotihoidon palveluissa. Kuviossa luvut 0-100 tarkoittaa vastaajien lukumäärää. Vastaajien kokemukset jakautuivat vaihtoehtojen suhteen prosenteissa seuraavasti:

1. Vastaajan mielipide huomioidaan hoito- ja palvelusuunnitelman teossa: aina vastasi (44 %), usein (31 %), joskus (10 %), ei koskaan (7 %). Vastaamatta jätti 8 %.
2. Vastaajan omaiset voivat osallistua hoitoni suunnitteluun: aina vastanneita oli (43 %), usein (17 %), joskus (14 %), ei koskaan (14 %). Vastaamatta jätti (14 %).
3. Vastaajan toimintakyky huomioidaan palvelujen kartoittamisessa: aina vastanneita oli (54 %), usein (21 %), joskus (10 %), ei koskaan, koki (2 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (13 %).
4. Vastaajan turvallisuuden tarve huomioidaan: aina vastanneita oli (53 %), usein (25 %), joskus (7 %) ja ei koskaan vastasi (3 %). Vastaamatta jätti (12 %).
5. Vastaajan toiveet arjen parantamiseksi otetaan huomioon: aina vastanneita oli (32 %), usein vastasi (32 %), joskus (15 %), ei koskaan (7 %). Vastaamatta jätti (14 %).
6. Vastaaja voi vaikuttaa milloin kotihoito käy hänen luonaan: aina vastasi (33 %), usein (29 %), joskus (17 %) ja ei koskaan, koki (11 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (10 %).

Kuvion 9 tulokset osoittivat sitä, miten vastaajat kokivat voivansa vaikuttaa hoito- ja palvelusuunnitelman teossa. Kaikista vastaajista 44 prosenttia vastasi aina voivansa vaikuttaa mielipiteellään ja myös 43 prosenttia vastaajista koki läheistensä voivan olla mukana suunnitelman laatimisessa. Tenkasen mielestä hoito- ja palvelusuunnitelma toimii ikäihmisen ja kotihoidon työntekijän välillä punaisena lankana, mutta vain siinä tapauksessa jos se sisältää tarkan ja yksityiskohtaisen selvityksen ikäihmisen kokonais-

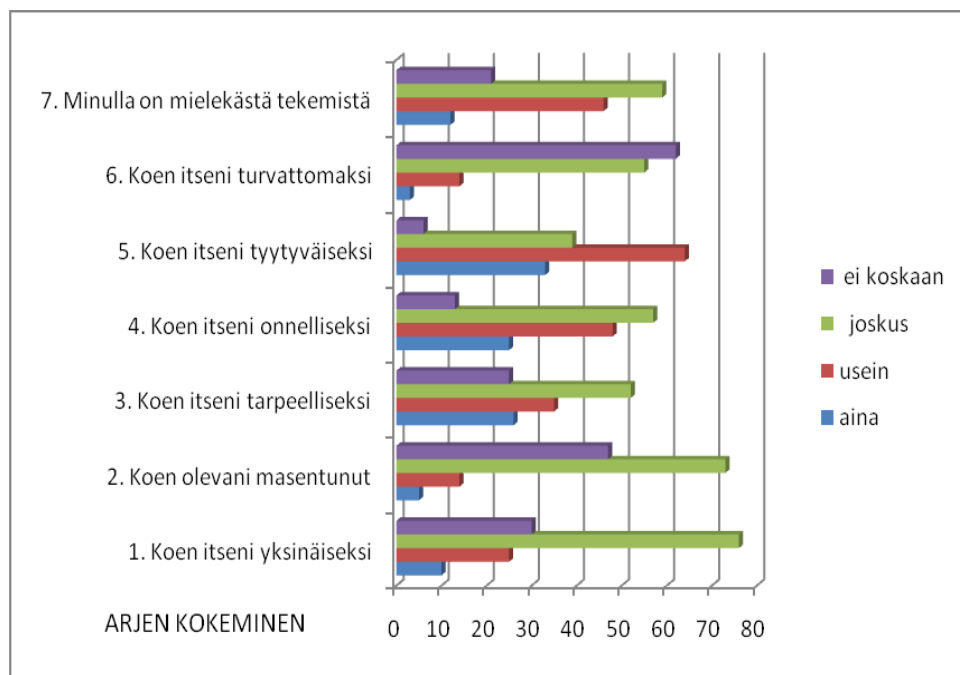
tilanteesta, hänen tarvitsemansa hoidon ja avun tarpeen päivittäisissä toiminnoissa sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä. Tenkasen mielestä suunnitelmissa tulee olla yksityiskohtaiset kokonaisvaltaista toimintakykyä tukevat tavoitteet ja keinot niiden toteuttamiseksi. Suunnitelmaan tulee sisältyä myös tarkka dokumentointi ja säännöllinen arviointi. Näin turvataan palvelujen jatkuvuus työntekijän vaihtuessa. (Tenkanen 2003, 160–161.)

4.4 Vastaajien kokemus kotona asumisen laadusta

Kyselylomakkeen kysymyksessä 14 kartoitettiin vastaajien mieltymyksiä asuinpaikan suhteen. Haluttiin selvittää lisäavun ja seuran tarpeita kotona asumisessa. Vastaajia pyydettiin ilmaisemaan kaksi mieluisinta vaihtoehtoa.

Kaikista vastanneista 83 prosenttia haluaa asua omassa kodissaan. Vastaajista 29 prosenttia halusi, että heidän luonaan käytäisiin useammin ja seuraa olisi enemmän. Lisäapua kotiin koki tarvitsevansa 24 prosenttia vastaajista. Vastaajista 8 prosenttia olisi halukas asumaan palvelutalossa ja vain 1 prosentti vastaajista haluaisi asua laitospalveluissa asumisyksikössä.

Grönlund (2010, 125–126) kirjoittaa oivaltamisen merkityksestä kokonaisvaltaisuuteen perustuvassa toimintakykypohjaisessa kuntoutuksessa. Tarkoituksena on löytää ikäihmisen piilo-ongelmat ja toiminnan punainen lanka. Tämän jälkeen Grönlundin mukaan voidaan löytää kuntoutumista haittaava perustekijä, johon tulee puuttua. Kuviossa 10 on nähtävissä Grönlundin kuvaamia hyvinvointia haittaavia perustekijöitä.



Kuvio 10 Havainnollistaa vastaajan arjen kokemista omassa kodissa kotihoidon asiakkaana. Kysymyksissä haluttiin selvittää, miten vastaajat kokevat kotonaan

oman arkensa. Kuvion luvut 0-80 tarkoittaa vastaajien lukumäärää. Vastaukset kysymyksissä 1–7 jakautuvat vaihtoehtojen osalta prosentteina seuraavasti:

1. Vastaajista yksinäiseksi itsensä koki aina (7 %), usein vastasi (17 %), joskus vastasi (51 %) ja ei koskaan (20 %). Vastaamatta jätti (5 %).
2. Vastaajista masennusta koki aina (3 %), usein (9 %), joskus (49 %) ja ei koskaan (31 %). Tyhjiä vastauksia oli (8 %).
3. Vastaajista tarpeelliseksi itsensä koki aina (17 %), usein (23 %), joskus (35 %), ei koskaan (17 %). Vastaamatta jätti (8 %).
4. Vastaajista onnelliseksi itsensä koki aina (17 %), usein (32 %), joskus (38 %), ei koskaan (9 %) vastanneista. Vastaamatta jätti (4 %).
5. Vastaajista itsensä tyytyväiseksi koki aina (22 %), usein (43 %), joskus (26 %), ei koskaan (4 %). Vastaamatta jätti (5 %).
6. Vastaajista itsensä turvattomaksi koki aina (2 %), usein (31 %), joskus (39 %) ja ei koskaan (14 %). Tyhjiä vastauksia oli (14 %).
7. Vastaaja koki omaavansa mielekästä tekemistä aina (8 %), usein (31 %), joskus (39 %), ei koskaan (14 %) vastaajista. Vastaamatta jätti (8 %).

Tutkimuksen ajankohtaisuus luvussa 1.2 viitattiin ikäihmisten syrjäytymiseen. Vastaajien erilaisia syrjäytymisen kokemuksia oli havaittavissa myös tässä tutkimuksessa. Se näkyi vastaajan kirjoittamana tunnekokemuksena omasta tilanteestaan:

Puolison jaksamista pitäisi tukea, ettei jää neljän seinän sisälle hänkin. Huonontuneen liikkumiseni takia puoliso ei uskalla olla pois kotoa (M25).

Terveysten- ja hyvinvointilaitoksen tietojen mukaan omaishoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet 2000-luvulta alkaen lähes 70 prosenttia. Myös tämän tutkimuksen piirissä omaishoito on noussut esille hoitavan puolison tai hoidettavan toimesta, kuten yllä. Lisäämällä säännöllistä kotihoidon tai omaishoidon tuen muotoja voidaan parantaa dementiaoireisten ja myös mielenterveysongelmaisten henkilöiden omassa kodissaan asumisen mahdollisuuksia (STM 2008, 29). Syrjäytymisen kokemusta koettiin myös yksinäisyytenä sekä toiminta- ja liikuntakyvyn heikkenemisenä:

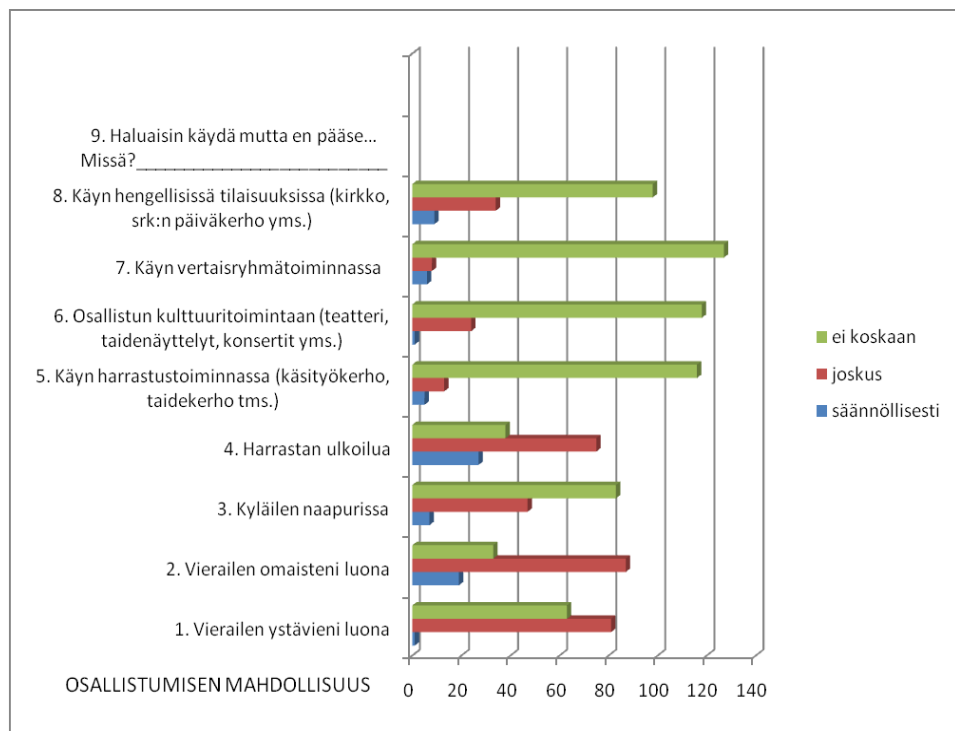
Yksinäisyys turvattomuus, en jaksa enää hoitaa kaikkia asioitani itse. En jaksa käydä kaupassa jos ei ole kaveria (N69).
Turvattomuus (N85). Ikävä ja yksinäisyys (N31).
Sosiaalisen elämän rajoittuneisuus (N65).
Liikkuminen on huonoa (N81). Minulla on heikko tasapaino (N82). Näkövammaisuus (N51). Liikuntakyvyttömyys (N91). Alzheimerin tauti on todettu vuosi kaksi kuukautta sitten (N89).

Saarela toteaa, miten tunnistamatta ja hoitamatta jäänyt masennus voi ihmisen kärsimyksen lisäksi altistaa ikääntyneen ihmisen ennenaikaiselle toimintakyvyn romahtamiselle (Saarela 2002, 161). Ikäihmisen kohtaaminen ja hoitaminen kaikkine tarpeineen tulee olla kokonaisvaltaista; tällöin myös mielialan ja käyttäytymisen ongelmat ovat paremmin kohdattavissa. Kurjen (2007a, 14) mukaan sosiaalipedagogiikan huomioiminen vanhustyön arjessa tulisi näkyä arjen käytänteissä. Kurki toteaaakin, että

vanhustyön ongelmana on ollut ja on edelleen kokonaisvaltaisen näkökulman puuttuminen. Hänen mukaansa sosiaalipedagogiikka on perusluonteeltaan dynaaminen prosessi, jolla on elävä suhde ympäristöön, ihmisiin ja arvoihin eli ihmisten arkipäivään.

Hakonen (2008c, 141–145) puolestaan painottaa vielä sitä, että vanhustyössä tulisi näkyä yhteiskunnallinen, kulttuurinen, paikallinen, merkityksellinen, kokemuksellinen, toiminnallinen ja sosiaalinen toiminta. Hänen mukaansa vanhustyöhön tarvitaan ennen kaikkea lisää persoonan kasvua tukevaa ja pedagogista ulottuvuutta. Lisäksi Kurki (2007, 14) kiteyttää vanhustyön orientaatiota, jossa tulisi näkyä sosiokulttuurisen innostamisen myötä kolme ulottuvuutta: sosiaalinen, kulttuurinen ja pedagoginen.

Paasivaara kirjoittaa, miten ikäihmisiä kuuleva palvelujärjestelmä kohtaa ihmisen tarpeet, kunnioittaa yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Asiakaslähtöiset palvelut huomioivat myös ikäihmisen omat voimavarat ja itsensä toteuttamisen mahdollisuudet. Palvelujen tulisi hänen mukaansa kannustaa toimintaan, tukea omatoimisuutta ja omanarvontuntoa sekä rohkaista käyttämään omia vahvoja puoliaan. (Paasivaara 2004, 32.)



Kuvio 11 Vastaajien kokemus osallistumien mahdollisuudesta. Kyselylomakkeen kysymys 16 vastaukset on esitetty kuviossa 11. Kuvio kuvaa osallistumisen mahdollisuuksia ja samalla se antaa tietoa vastaajan sosiaalisesta verkostosta. Kysymyksissä 1–9 haluttiin kartoittaa osallistumisen mahdollisuutta ja määrää kodin ulkopuolelta. Kuvion luvut 0–140 kuvaa vastaajien lukumäärää. Vastaukset yllä olevissa kysymyksissä jakautuivat eri vaihtoehtojen osalta prosentteissa seuraavasti:

1. Vastaajat vierailivat ystävien luona: säännöllisesti (1 %), joskus (54 %) ja ei koskaan (42 %). Vastaamatta jätti (3 %).
2. Vastaajat vierailut omaisten luona: säännöllisesti (13 %), joskus (58 %), ei koskaan (22 %). Vastaamatta jätti (7 %).

3. Vastaajat kyläilivät naapurissa: säännöllisesti (5 %), joskus (31 %), ei koskaan (55 %). Vastaamatta jätti (9 %).
4. Vastaajien ulkoilun harrastaminen: säännöllisesti (18 %), joskus (50 %), ei koskaan (25 %). Vastaamatta jätti (7 %).
5. Vastaajien harrastuksissa käyminen: säännöllisesti (3 %), joskus (9 %), ei koskaan (7 %). Vastaamatta jätti (11 %).
6. Vastaajien kulttuuritoimintaan osallistuminen: säännöllisesti (1 %), joskus (16 %), ei koskaan (79 %). Vastaamatta jätti (4 %).
7. Vastaajien vertaisryhmätoiminnassa käyminen: säännöllisesti (4 %), joskus (5 %), ei koskaan (85 %). Vastaamatta jätti (6 %).
8. Vastaajien hengellisissä tilaisuuksissa käyminen: säännöllisesti (6 %), joskus (23 %), ei koskaan (65 %). Vastaamatta jätti (6 %).

Vastaajien kokemukset omasta arjestaan antoivat kuvan elämän rajoittumisesta kotiin. Semi kirjoittaa, miten ikäihmisen arkea voidaan rikastuttaa sosiokulttuurisen innostamisen metodien tai sosiokulttuuristen työmenetelmien avulla niin kotona kuin ryhmätoimintaan tukemalla. Hän näkee sosiokulttuurisen innostamisen tavoitteena inhimillisen yhteisön ja elämänlaadultaan hyvän arkipäivän tavoittamisen. Innostamisen ideassa yhteisön ja ikäihmisen elämäkerralliset ja sisäiset tarinat tulevat näkyviksi kulttuurisesti ja ilmaisullisesti suuntautuvilla työtavoilla ja menetelmillä. (Semi 2007, 143; ks. myös Kurki 2007a; ks. myös Grönlund, 2010, 120–122.)

Sosiokulttuuriset menetelmät tuovat ikääntyneen arkeen runsaasti hyvän olon kokemuksia. Suunnitelmallinen psykososiaalinen kuntouttava ja ennaltaehkäisevä toiminta tulee kuitenkin olla lähtöisin ikääntyvän tarpeista, kiinnostuksen ja mielenkiinnon kohteista. Tärkeänä näkökulmana on asukkaan osallistumisen vapaaehtoisuus, itsemääräämisoikeus ja ikäihmisen oma valinta käyttää jotakin kulttuurin tai taiteen osa-aluetta hyvinvointinsa, elämäkokemustensa, kriisiensä, muistojensa tai tunteidensa käsitteilyssä osana selviytymistään. Noppari, Kiiltomäki ja Pesonen (2007, 214–215) kirjoittavatkin siitä, miten toiminnalliset ja luovat menetelmät voivat olla ihmiselle merkittäviä voiman ja elämänilon antajia. He jatkavat siitä, miten tasapaino on saavutettavissa eri teitä. Mielen tasapainon voi saavuttaa kehittämällä luovaa suhtautumista erilaisille elämäntilanteille ja psyykkiselle ahdistukselle. Luova suhtautuminen tarkoittaa heidän mukaansa kykyä työstää elämäntilanteita sekä mielensisäisesti että toisten kanssa. Se on kykyä luopua suremalla menetyksistä ja lopuksi luoda jotain uutta menetetyllä tilalla.

Vastaajille annettiin mahdollisuus kirjoittaa vapaaseen tilaan (ks. kuvio 11 kysymys 9) kohde, mihin vastaaja haluaisi mahdollisuuden tullen mennä. Vastauksia tuli runsaasti ja se antoi kuvaa vastaajien toiveesta parantaa oman elämän sisältöä ja olla vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Samoista kohteista vain yksi on esitetty seuraavissa esimerkeissä. Naisten vastaukset ovat ensin ja miesten vastaukset ovat seuraavana:

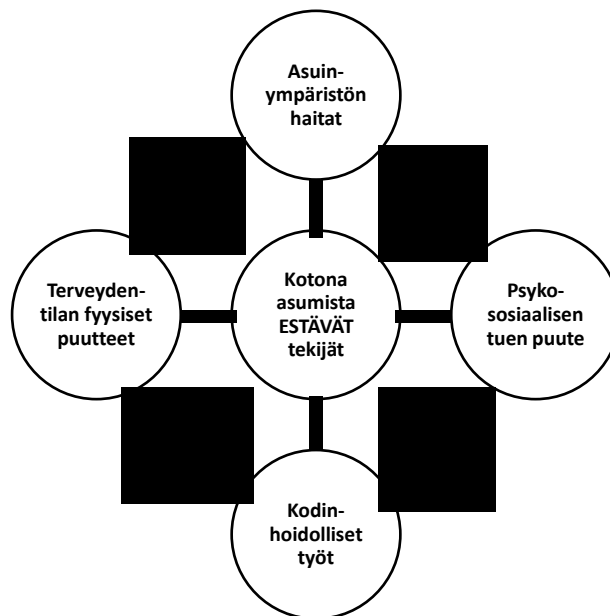
Ostoksille, pihalle, kauppahalliin Tampereelle, eri yhdistysten retkille, teatteriin, konsertteihin, taidenäyttelyyn, kirjastoon, kuntojumpaan, hengellisiin tilaisuuksiin, kirkkoon, seurakunnan päiväkerhoon, bingoon, sukulaisten luokse,

omaisten luokse, kauemmaksi sukuloimaan, sisaren luokse, lasten joulujuhlaan, autoajelulle lasten luokse, lastenlasten tanssiesitykseen, Lepokodin tehetkeen sunnuntaisin, Israeliin, ulkoilemaan ja avantouintiin.

Tansseissa, ulkoilla, käydä harrastuksissa, ostoksilla, kaupapahallissa, veikkausasioinnissa, fysioterapeutilla, teatterissa, elokuvissa, vertaisryhmässä, käydä pihalla ja kalassa.

4.5 Vastaajan kokemat kotona asumista estävät asiat / tekijät

Kyselylomakkeen kysymyksessä 17 avoimilla kysymyksillä haluttiin kartoittaa sellaisia asioita / tekijöitä jotka vastaajan mielestä estävät kotona asumista. Aineistosta muodostui neljä eri teemaa: asuinympäristön haitat, psykososiaalisen tuen puute, kodinhoidolliset työt ja terveydentilan fyysiset puutteet. Teemat olivat usealle vastaajalle sellaisia asioita tai tekijöitä, joiden he kokivat vaikuttavan heikentävästi omaa kotona asumistaan. Lisäksi tulokset osoittivat, että teemaryhmien välillä oli yhteys. Puutteet jonkin teemaryhmän osalla vaikutti toista heikentävästi. Teemaryhmien kautta etsin vastaajien antamia merkityksiä siitä, miten vastaajat kokevat kyseisen teemaryhmän osalta arkensa. Näitä vastaajien antamia merkityksiä olen tuonut esiin jokaisen teemaryhmän kohdalla.



Kuvio 12 Kotona asumista estävät tekijät ja niiden suhteet toisiinsa.

4.5.1 Asuinympäristön haitat

Teemaryhmä 'asuin ympäristön haitat' muodostui aineiston luokittelun, yhdistämisen ja tiivistämisen kautta seuraavista vastaajien avoimien kysymysten vastauksista:

Vessojen suunnittelussa tulisi ottaa tiloissa huomioon se, että pyörätuolipotilas tarvitsee avustajan vessassa. Sama koskee pesutiloja (M36). Hissin puuttuminen (N57). Liukkaat lattiat (M12). Portaat ja mäki (N21). Monet portaat (N64). Kylpyamme (N74). Ulko-ovi talossa on liian raskas, ei saa auki, eikä pääse ulos (N79). Liukkaus talvella (N97). Kulkeminen portaissa on hankalaa (N104). Ulkorappuset, vanha talo (N109). Talvella lumityöt, kovat pakkaset jäädyttävät vesiputket (N87). Liikunta apuvälineen kanssa (N96).

Koti voi muodostua ahdistavaksi paikaksi, mikäli ihminen ei pääse ulos tai ei itse pysty muokkaamaan kotiaan mieleisekseen. Kodin muuttumattomuus korostuu ja saattaa saada uusia, myös kielteisiä emotionaalisia ja toiminnallisia merkityksiä. Kuronen selvittää, miten kodissa toimimista saattavat haitata toimintakykyisestä mitättömiltä tuntuvat seikat, kuten esimerkiksi kynnykset, raskaat ovet tai portaat. Nämä voivat olla esteenä mennä esimerkiksi parvekkeelle tai ulos. Koti on laajasti ymmärrettynä ikäihmisen ja ympäristön välinen suhde. Tämä suhde toimii, jos koti muuttuu ikäihmisen muutoksiin. (Kuronen 2007, 123).

4.5.2 Terveystilan fyysiset puutteet

Teemaryhmä 'terveydentilan fyysiset puutteet' muodostuivat myös tässä aineiston luokittelun, yhdistämisen ja tiivistämisen kautta seuraavista vastaajien avoimien kysymysten vastauksista. Tiivistetyssä joukossa on yksi terveydentilaa kuvaava esimerkkilause, joka kuvaa useita samanlaisia vastauksia.

Huono liikkumiskyky (M27). Usein toistuva sairaus (M14). Pääasiassa huono yleiskunto (M/N3). Tasapaino-ongelma, pinnetila vasemmassa ranteessa, dystoria silmissä (N16). Liikkuminen, näön heikentyminen (N19). Huonot jalat ja näkö (N43). Korkea ikä (N47). Muistiongelmat, huono näkö (N70). Hengenahdistus jalkojen voimattomuus ja selkäkipu (N37). Näkövamma (N76). Liikuntakyvyttömyys. Hengästyminen jo heti vähäisen liikunnan jälkeen (N63). Minulla on heikko tasapaino (N82). Sairauteni rajoittaa liikkumista, olen vuodepotilas (N34).

4.5.3 Psykososiaalisen tuen puute

Teemaryhmä 'psykososiaalisen tuen puute' muodostui samoin aineiston luokittelun, yhdistämisen ja tiivistämisen kautta seuraavista vastaajien avoimien kysymysten vastauksista:

Asun yksin (N28). Ikävä ja yksinäisyys (N31). En pysty mihinkään (N32). Näkymätön olo, vaikea olo (N50). Kotihoiton ihmiset vaihtuvat – piiri liian iso lisää turvattomuutta (N54). Uusia virikkeitä arkeen, ehkä vähän lisää vaihtelua rutiineihin päivästä päivään (N71). Ulkoilu on hankalaa. En voi sanoa aikaa hoitajalle, koska en voi tietää olenko itse silloin valmis lähtemään (N84). Turvattomuus (N85). Sosiaalisen elämän rajoittuneisuus (N65). Yksinäisyys turvattomuus, en jaksa enää hoitaa kaikkia asioitani itse. En jaksa käydä kaupassa jos ei ole kaveria (N69). Ulkoilua, aikaa enemmän hoidokille, lisää henkilökuntaa (M/N1).

Blomqvistin ja Hovilan mukaan psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa ihmisen subjektiuden korostaminen on tärkeää. Kun pohditaan keinoja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseen, tulee ikäihmisen olla mukana tähän vaikuttamassa. Oleellista on, että hän itse päättää, mihin haluaa osallistua ja mihin ei. Tämä tukee osaltaan ikäihmisen oman kompetenssin eli pätevyyden tunteen ylläpitämistä. Psyykkisen toimintakyvyn harjoittamiseen kuuluvat muun muassa kognitiiviset toiminnot, kuten muistin ja ongelmanratkaisutaitojen ylläpitämiseen tähtäävät toiminnot. Blomqvist ja Hovila korostavat, että psyykkistä toimintakykyä tarvitaan arjen toimintojen hoitamisessa ja itsenäisessä selviytymisessä. He painottavat myös, miten ikäihmisen sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen kuuluu sosiaalisten kontaktien tukeminen ja mahdollistaminen sekä erilaisten tukiverkoston luominen selviytymisen tueksi. Psyykkistä ja sosiaalista toimintakyvyn ylläpitävä toiminta liittyvät läheisesti toisiinsa ja tukevat toinen toisiaan. (Blomqvist & Hovila 2005, 20–21.)

4.5.4 Kodinhoidolliset työt

Teemaryhmä 'kodinhoidolliset työt' muodostuivat myös tässä aineistolle tekemäni luokittelun, yhdistämisen ja tiivistämisen kautta seuraavista vastaajien avoimien kysymysten vastauksista. Vastaajat kokivat haittaavina tekijöinä kotona asumisessa lukuisat kodinhoidolliset työt, joita kuvaavat seuraavat vastaajien kokemukset:

Siivous on hankalaa (N8). Siivous, pyykki, ruoka ja lääkkeet (N6). Kodin hoito (N58). Siivoaminen ja suihkuapu (N25). Toivoisin kovasti kotihoidolta siivousta (N86). Siivouspalvelua lisää (N31). Tehdä kotitöitä: peseminen, siivoaminen (N19). Toivoisin, että joskus lattiaita pyyhittäisiin (N26). Siivousapua toivon! Seuraa, mutta en itse jaksa olla aktiivinen enää (N69).

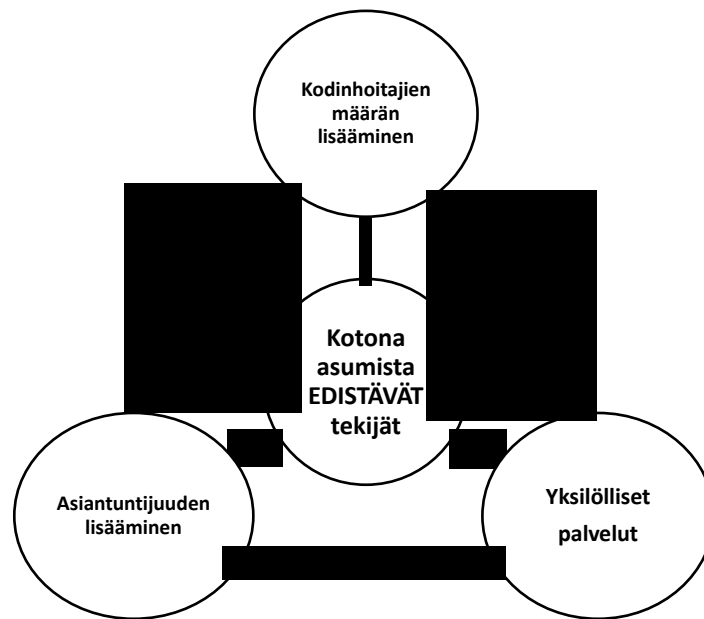
Kangasalan kunnan kotihoidon kriteereissä on määritelty se, mitä kotihoitolle kuuluva kodin siistiminen pitää sisällään. Kyse on ylläpitosiivouksesta pyrkimyksenä riittävän hygieniatason ylläpitäminen kriteereissä määriteltyjen työtehtävien avulla. (Kangasalan kunnan kotihoidon kriteerit 2009, 4.)

Useat vastaajat kirjoittivat siitä, miten kokivat pystyvänsä vielä osallistumaan ruuanlaittoon tai pieniin askareisiin yhdessä toisen kanssa. Näslih-Ylispangar korostaakin, miten fyysinen työskentely ja osallistuminen kotiaskareissa ylläpitävät ikäihmisen fyysistä ja psyykkistä vireyttä sekä motivaatiota olla mukana elämässä. Tällöin pienikin työpanos tai askare lisää hänen omanarvontuntoaan, sillä juuri hänen tehtävänsä on tärkeä. Koti ympäristönä kaikkine muistoineen auttaa säilyttämään omaa identiteettiä ja yksityisyyttä sekä luo turvallisuuden tunnetta. Se antaa myös mahdollisuuksia terapeuttiseen muisteluun yhdessä toisen ihmisen, tässä tapauksessa työntekijän kanssa. (Näslih-Ylispangar 2002, 148–149.)

Ollikainen puolestaan kirjoittaa asenteesta, johon hän liittää ilon. Hoitotyössä ilo on keskeinen voimavara. Ilolla tehty auttamistyö parantaa ja eheyttää ikäihmisen elämää kotona. Hänen mukaansa ilon tiedetään tuottavan ihmiselle myönteisiä kokemuksia, hyvinvointia, terveyttä ja samalla se lisää yksilön elinvoimaa ja aktiivisuuden kasvua. (Ollikainen 2004, 190.)

4.5.5 Vastaajan kokemat kotona asumista edistävät palvelut

Kyselylomakkeen kysymyksessä 18 haluttiin selvittää vastaajan mielipiteitä siitä, miten kotihoidon palveluita tulisi kehittää, jotta ne tukisivat kotona asumista. Myös tässä kysymyksessä kirjasin kaikkien vastaajien kirjalliset tuotokset ja analysoinnin perusteella sain aineistosta muodostettua kolme eri teemaa, jotka olivat yhteisiä useille vastaajille. Teemat nimesin kuvaamaan vastaajien kehittämistoiveista johdettuja kokonaisuuksia.



Kuvio 13 Kotona asumista edistävät tekijät ja niiden suhteet toisiinsa.

4.5.6 Yksilölliset palvelut

Teemaryhmä 'yksilölliset palvelut' muodostuivat aineiston luokittelun, yhdistämisen ja tiivistämisen kautta alla olevista vastaajien avoimien kysymysten vastauksista. Seuraavat vastaajien tuottamat vastaukset olivat yksilöllisiä ja monentyyppisiä kokemuksia omista tarpeistaan:

Kotona tapahtuva jumppa omilla välineillä, lähinnä ohjausta ja valvomista (N71). Kotihoidon tulisi tehdä enemmän yhteistyötä asiakkaan kanssa toiminnan suunnittelusta alkaen (M26). Palvelut ei olisi niin rajoitettuja (N46). Jotta kukaan tarvitseva ei jäisi ilman kotihoitoa ja olis aikaa laittaa kaikille kotona ruoka (N26). Kotihoitaja olisi sama henkilö. Henk. koht. avustaja päivittäisessä apuna kotipalvelun lisäksi (M6). Pitäisi olla henkilö joka hankkisi esim. alusvaatteita ja muita käyttötarvikkeita (N84). Vanha kodinhoitoapu parempi. Nyt kaikki erillään ja jokainen maksaa esim. kotona laitettu ruoka maistaa paremmin, kun ruuan tuoksukin jo herättää ruokahalua. Voin vielä osallistua ruuan tekoon joka on mukavaa tekemistä (M15).

4.5.7 Kodinhoitajien määrän lisääminen

Teemaryhmä 'kodinhoitajien määrän lisääminen' muodostui myös tässä aineiston luokittelun, yhdistämisen ja tiivistämisen kautta seuraavista vastaajien avoimien kysymysten vastauksista. Tähän luokkaan lukeutui run-

saasti palautetta. Seuraavassa on tiivistetty ryhmä vastaajien toiveita kotona asumisen parantamiseksi:

Enemmän työntekijöitä, että olisi aikaa enemmän (N8). Enemmän aikaa käynneille ko. henkilön luona (M4). Työntekijöitä pitäisi palkata enemmän, niin että kiireet vähenisivät (N98). Aikaa on liian vähän asiakasta kohden (M17). Enemmän aikaa seuraa tarvitseville (N65). Ei olisi niin kiire kodinhoitajilla (N67). Toivoisin, että kodinhoitajat ehtisivät viipyä luonani pidempään (N92). Toivoisin etteivät kotihoidon työntekijät vaihtaisi vuorojaan niin usein (N98).

4.5.8 Asiantuntijuuden lisääminen

Teemaryhmä 'asiantuntijuuden lisääminen' muodostui tässäkin ryhmässä aineiston luokittelun, yhdistämisen ja tiivistämisen kautta alla olevista vastaajien avoimien kysymysten vastauksista. Tähän luokkaan lukeutui runsaasti palautetta, tiedon puutteesta, avun tarpeesta, oikeuksista, tukipalveluista ja hoidon tarpeen arvioinnista. Seuraavat lauseet olen koonnut vastaajien monimuotoisista toiveista kotona asumisen parantamiseksi:

Paremmiin selvittää, mitä sopimusta tehdessä sovitaan jos maksaa sopimuksesta, niin kaikki siinä mainitut pitää kuulua sopimusmaksuun (N106).

Otettaisiin enemmän huomioon asiakkaiden mielipide, velvoitettaisiin tuntemaan vammaispalvelulaki (N20). Mahdollisimman kauan saa asua kotona ja palvelua saisi tarpeen mukaan riittävästi (M2).

Ottaisin enemmän palveluja jos rahat riittäisi (M37).

Kotihoidon saajan kunnon muuttuessa, tulee kotihoidon palvelujen määrää lisätä (M18). Omaisten mielipiteitä ei huomioida mitenkään (M/N1).

Että kotihoidossa tehtäisiin juuri niitä palveluita ja töitä joita itse haluaa. Asiakaslähtöisyys erittäin tärkeää (N78)!

5 POHDINTA

Pohdinta-luvussa kuvaan ensin opinnäytetyön prosessia ja aineiston moniulotteisuutta ja vastaan tutkimuskysymyksiin. Seuraavaksi teen yhteenvedon ikäihmisten kotona asumista heikentävistä tekijöistä. Luvussa 5.2 käsittelem ikäihmisten toiveita palvelutarjonnan monipuolistamisesta palveluohjauksella, vertaistukitoiminnalla ja ennaltaehkäisevällä toiminnalla. Luvussa 5.3 korostan sosiokulttuurisen näkemyksen ja työotteen merkitystä kotona asuvalle ikäihmiselle osana kotihoidon palveluita. Johtopäätösluvussa kokoan yhteen kyselyaineiston merkittäviä tutkimustuloksia ja samalla nostan tutkimustulosten kautta ikäihmisen äänen kuuluville.

5.1 Aineiston moniulotteisuus

Opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa, ensinnäkin siitä syystä, että aihe on puhutteleva ja ajankohtainen. Toiseksi haastetta lisäsi tutkittavan aineiston laajuus ja moniulotteisuus. Aineisto käsitti lukemattoman määrän aihealueita, joihin olisi ollut mielenkiintoista syventyä tarkemmalla otteella. Pystyäkseen kuitenkin hallitsemaan kokonaisuutta otin tarkastelun kohteeksi kvantitatiivisesta eli määrällisestä aineistosta sellaiset kysymyskokonaisuudet, jotka tulosten käsittelyssä nousivat merkittävästi esiin ja palvelivat tutkimustehtävän toteuttamisessa.

Tässä opinnäytetyössä tutkittavana ilmiönä olivat kotihoidon asiakkaiden kokemukset saamistaan palveluista ja lisäksi heidän toiveensa ja palautteensa omassa kodissa asumista edistävästä ja toisaalta estävästä tekijöistä. Tutkimustehtävä, psykososiaalisen tuen tarpeen selvittäminen, linkittyi kiinteästi edellä mainitsemiini tekijöihin. Tulokset puhuvat puolestaan ja tärkeänä näkökulmana ovat asiakkaan kokemukset saamistaan palveluista. Tämän opinnäytetyön tulokset voivat toimia laaduntarkastelun välineenä kotihoidon organisaation tasolla, kotihoidon työntekijän oman henkilökohittaisen asiakas-työntekijäsuhteen tasolla sekä asiakaskeskeisten työmuotojen suunnittelussa.

Tutkimus antoi selkeän kuvan ikäihmisten omasta halusta asua kotona. Kotona asuminen ei kuitenkaan ole aina mutkatonta, kun toimintakyky tavalla tai toisella on haurastunut. Kyselyaineistosta analyysin kautta muodostamani teemaryhmät kuviot 12 (ks. s. 43) ja 13 (ks. s. 46) kuvaavat kotona asumista estäviä ja edistäviä tekijöitä ja niiden välisiä yhteyksiä. Omassa kodissa asumista haittasivat fyysiset terveydentilan puutteet, psykososiaalisen tuen puute, asuinympäristön haitat ja kodinhoidolliset työt. yhteyksiä. Tulosten perusteella jonkun edellä mainitun osa-alueen puuttuminen tai vähäisyys vaikutti ikäihmisen kokonaistilanteeseen sitä heikentävästi.

Merkittävästi esiin nousi liikkumisen vähyys ja osallistumattomuus kodin ulkopuolelle. Elämän rajoittuneisuus saattoi näkyä tuloksissa muun muassa oman arjen kokemisessa, jossa yksinäisyys ja masentuneisuus nousivat

myös esiin. Psykososiaalisen tuen puutteen haitat kuvastuivat myös ikäihmisten avoimista vastauksista esimerkiksi toiveena, että työntekijät viipyisivät käynneillään kauemmin ja ehtisivät jutustella. Näslih - Ylis-pangarin (2005, 151) mukaan yksinäinen ikäihminen kaipaa ennen kaikkea aitoa läsnäoloa ja välittämistä ympäristöltään. Vastaajat kokivat työntekijän kiireen ja työntekijöiden vaihtuvuuden haittaavan omaa selviytymistään. Tämä tuli esiin sekä määrällisestä että laadullisesta aineistosta.

Myös asuinympäristön haitat, kuten portaat, hissittömyys tai raskaat ovet koettiin esteeksi päästä ulos omasta kodista ilman avustajaa. Vaaraman (2004, 143) tutkimuksen mukaan joka viidennellä ikäihmisellä on liikkumisessaan esteitä sekä asunnossa että lähiympäristössä. Hänen mukaansa elinympäristön esteitä tulee mitata kysymällä ikäihmisiltä itseltään haittaavat tekijät. Kodinhoidolliset työt nousivat myös merkittävästi esiin vastaajien kokemina. Vastaajat toivoivat enemmän siivouspalvelua kodin siisteyden ja viihtyvyyden parantamiseksi.

Kuvion 13 (ks. s. 46) kotona asumista edistävät tekijät ja niiden vaikutukset toisiinsa näkyivät myös tuloksissa. Kotona asumista koettiin parantavan yksilöllisten palvelutarpeiden lisääminen. Kodinhoitajien määrää ja käyntikertoja haluttiin lisätä. Tämä näkyi tutkimustuloksissa kodinhoitajien kiireen esiin tuomisena vastaajien kokemuksissa (ks. kuvio 8). Asian-tuntijuutta toivottiin lisää, sillä elämän muutokset ja vaikeutunut tilanne koettiin itselle vieraina asioina (ks. kuvio 4). Tulokset osoittivat, että tässäkin ryhmässä jo yhden edellä mainitun osa-alueen vahvistaminen edistäisi omassa kodissaan selviytymistä, ja tällä on myönteinen merkitys ikäihmisen kokonaistilanteeseen.

5.2 Palvelutarjonnan monipuolistaminen

Tutkimus osoitti, miten kaikkien vastaajien säännöllinen osallistuminen kotinsa ulkopuolelle oli hyvin vähäistä. Vierailut ystävien 1 prosentti, omaisten luona 13 prosenttia, säännöllinen ulkoilu 18 prosenttia, harrastustoiminnassa käyminen 3 prosenttia, kulttuuritoimintaan osallistuminen 1 prosentti, vertaisryhmätoiminnassa käyminen 4 prosenttia tai osallistuminen hengellisiin tilaisuuksiin 6 prosenttia. Osallistumattomuuden syynä suuressa määrin oli joko fyysisen toimintakyvyn vaje tai yksinolo. Molemmissa tapauksissa kodin ulkopuolelle lähteminen vaatisi toisen ihmisen joka lähtisi mukana ja auttaisi tarvittaessa.

Tutkimuksen kohderyhmästä leskien osuus oli 49 prosenttia ja yksin asuji-en määrä oli peräti 72 prosenttia kaikista vastaajista. Vastaajista 85 prosenttia ei käynyt koskaan missään vertaisryhmätoiminnassa. Tepponen (2009, 171) korostaa, että ikäihmisiä on ohjattava ja tuettava erilaisiin kerhoihin, harrastuksiin ja pienryhmätoimintaan. Oleellisena hän näkee ikäihmisen voimavarojen aktivoimisen ja tukemisen. Kurki (2007, 96) korostaa myös, että ikäihmistä tulee tukea piristävän elämänpiirin luomisessa sekä luoda mahdollisuuksia sosiaaliseen ja kulttuuriseen elämään. Vertaisryhmätoiminnassa ikäihminen voi jakaa yhteisiä kokemuksia heille merkittävistä asioista. Myllärisen ja Tastin mukaan osallistuminen ja vuo-

rovaikutus kodin ulkopuolisen ympäristön kanssa tukevat elämässä kiinnipysymistä ja yhteisöllisyyden kokemusta lisäten ikäihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Ihminen tulee ihmiseksi vasta yhteisössä, suhteessa toisiin ihmisiin (Myllärinen & Tast 2001, 32).

Kotihoidon palvelujen saamisen kriteerit vaihtelevat eri kunnissa. (Ks. kangasalan kunnan kotihoidon kriteerit 2009). Ikäihmisten tarpeita vastaavien palvelujen lähtökohtana on kuitenkin aina kattavapalvelutarpeiden arviointi (STM 2008, 26). Tenkasen mielestä korjattavana epäkohtana on julkisten palvelujen oikea-aikainen saanti kotiin. Hänen mukaansa palvelut kohdentuvat usein vasta niille ikäihmisille, joilla jonkin asteinen toimintavajaus on jo syntynyt. Ennalta ehkäisevä työ on tutkimuksissa todettu keskeisimmäksi ikäihmisten kotona selviytymistä tukevaksi toiminnaksi. Ehkäisevät kotikäynnit on merkittävä keino selvittää ikäihmisten avun tarvetta, antaa ohjausta ja neuvontaa. (Tenkasen 2003, 21; ks. myös STM 2008, 24.)

Samat painotukset löytyvät ikäihmisten palvelujen laatusuosituksesta. Palveluita tulee lisätä ja monipuolistaa parantamaan terveyttä ja hyvinvointia. Laatusuosituksessa kehoitetaan suunnittelun kautta luomaan puitteet ikäihmiselle elää mahdollisimman omaehtoista, täysipainoista ja mielekäästä arkea omassa kodissaan. Tähän liittyy myös oikeus taiteeseen, kulttuuriin sekä mahdollisuus sekä harrastus-, virkistys- ja kuntoutustoimintaan että vertaistukeen. Gerontologiselle asiantuntemukselle on tarvetta yksilöllisen suunnittelun, neuvonnan ja ohjauksen muodossa. Tällä turvataan erimuotoiset mahdollisuudet ikäihmisen osallisuuden ja aktiivisen elämän toteuttamisessa hänen omien voimavarojensa puitteissa. (STM 2008 3, 21–23, 29.)

Tutkimusten mukaan kotihoito ei olemassa olevien resurssien puitteissa pysty vastaamaan yksilöllisiin palvelutarpeisiin. Palveluohjauksella tähän tarpeeseen voidaan vastata. Tarpeen vastaamiseen tarvitaan usein monen eri tahon keskinäistä yhteistyötä ja koordinoitua. Asiakkaan muuttunut elämäntilanne tai olosuhteet vaativat myös usein kokonaisvaltaista palvelutarpeiden selvittelyä ja pohdintaa. Palveluohjaus tulee kysymykseen myös silloin, jos ei voida osoittaa tahoja, jolle asiakkaan asiat luonnostaan ja ensisijaisesti kuuluvat. Palveluohjauksen tarve korostuu myös tilanteissa, jolloin asiakas on tulossa elämänsäkaarellaan siirtymävaiheeseen, jossa monet asiat, kuten tuen ja palvelujen tarpeet muuttuvat samanaikaisesti. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 12.)

Yksilökohtaisen palveluohjauksen avulla voidaan tukea ikäihmistä sopivien toimintamuotoja kartoittamalla ja osallistumista edistämällä. Liikasen mukaan palveluohjauksessa määritellään asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet ja etsitään tarpeisiin soveltuvia tuki- ja palvelumuotoja. Oleellista on, että palveluohjauksen työtä jäsennetään, koordinoidaan ja ideoidaan yhdessä asiakkaan kanssa. Liikanen painottaa yhteistyötä eri toimijoiden kanssa yli hallintorajojen ja tukimuotojen kehittämistä heidän kanssaan. Palveluohjauksella tavoitellaan yksilöllisyyttä, vastuullisuutta ja joustavaa

tapaa vastata asiakkaan tarpeisiin. (Liikanen 2007, 77; ks. myös Pietiläinen & Seppälä 2003, 93.)

Ikäihmisen omat valinnat ja toiveet ovat osallistumisen lähtökohtana. Pyrkimyksenä on ikäihmisten verkostojen vahvistaminen. Hakonen kirjoittaa, että sosiaalinen verkosto ymmärretään ihmissuhteiden kokonaisuutena ja vuorovaikutuksellisen prosessina, jolloin se ylläpitää identiteettiä, minäkuvaa ja tunnetta kuulumisesta johonkin. Kokonaisvaltaisuus ja voimavarojen vahvistaminen ovat perustana ikäihmisen toimivan, hyvän elämän ja arjen sujuvuudelle. Lähtökohtana on aina ikäihmisen kuuleminen. Ennalta ei voida tietää, mitä ovat ne auttamisen yksilölliset tarpeet. (Hakonen, 2008c, 136–137.)

Vapaaehtoistyö on Kurjen mielestä erittäin hyvä vaihtoehto vireille eläkeläisille. Se on hänen mukaansa todellista sosiaalista praksista, joka tarjoaa laajan toimintakentän erilaisten sosiaalipedagogisten projektien ja yhdistysten puitteissa. Kurjen mukaan ikäihmisten vapaaehtoistyön käytännön projekteissa on myös havaittu, että ikäihmiset ovat omimmillaan toisten ikäihmisten parissa esimerkiksi juuri vanhusten taloissa ja laitoksissa, joissa he voivat olla kehittämässä yhdessä aktiviteetteja, jotka elävöittävät talon toimintaa ja ihmisten elämää. He ovat omimmillaan myös omassa yhteisössä, naapurustossa, kylässä, lähiössä, apuna naapurien askareissa, seurana, ulkoiluttajana, lukijana ja niin edelleen. (Kurki 2007b, 220).

Nummijoki (2009, 99) painottaa eritoten liikunnan ja liikkumisen merkitystä ja ylipäätään ikäihmisen voimavarojen tunnistamista ja optimaalisen toimintakyvyn vahvistamista monin tavoin yhdessä ikäihmisen kanssa. Jo yhteinen kävelyretki pihapiirissä tai lähikaupassa käynti yhdessä tuovat monelle kotona asuvalle ikäihmiselle toivottua sosiaalista kanssakäymistä työntekijän tai vertaistukijan kanssa. Tulokset osoittivat ikäihmisten vähäisestä mahdollisuudesta ylläpitää liikkumistaan. Vastaajista vain 4 prosenttia koki voivansa ulkoilla kotihoidon työntekijän kanssa aina tilaisuuden tullen. Lisäksi 11 prosenttia kaikista vastaajista koki saavansa apua liikkumiseensa. Kunnan kotihoidon kriteereissä todetaan, että ulkoilu pyritään ratkaisemaan läheisten ja ystäväpalvelun avulla. (Kangasalan kunnan kotihoidon kriteerit 2009, 5).

Kolmannen sektorin linkittäminen kotihoidon palveluihin toisi ikäihmisen arkeen kaivattua vaihtelua esimerkiksi vertaistuen muodossa. Vertaistuen toteutuminen olisi merkittävä tukipilari yksinäisyydestä, toimintarajoitteista ja masennuksesta kärsiville ikäihmisille. Liikunta, ulkoilu, asiointiapu ja taide- ja kulttuuritoimintaan osallistumisen mahdollistuminen vertaistuen avulla lisäisi sosiaalista kanssakäymistä ja samalla tukisi psykososiaalista toimintakykyä ja hyvän elämän kokemusta. Tärkeänä tehtävänä näenkin yhteistyön käynnistämisen kolmannen sektorin ja vapaaehtoistoimijoiden kanssa. Kotihoito tarvitsee lisää toimijoita parantamaan kotona asuvien arkea. Tulevaisuudessa tulisi kehittää lisää erilaisia vapaaehtoistoiminnan muotoja vanhustyön henkilöstön avuksi (Kangasalan vanhuspalvelujen kehittämissuunnitelma ja toimenpideohjelma 2010–2020, 15).

5.3 Sosiokulttuurista näkemystä ikäihmisen arkeen

Yhtenä tutkimuskysymyksenä oli 'mitä ikäihmiset toivoisivat arkeensa'? Vastaukset antoivat kuvan halusta olla vuorovaikutuksessa ympäristön ja ihmisten kanssa. Toiveet olivat yksilöllisiä ja usein jokapäiväiseen normaaliin elämään liittyviä toimintamuotoja, mutta myös arjen juhlahetkiä toivottiin. Toiveet liittyivät omaisten, sukulaisten ja ystävien tapaamiseen oman kodin ulkopuolella. Toiveissa oli myös teatteria, musiikkiesityksiä, taidenäyttelyitä, hengellisiä tilaisuuksia ja ulkoilua.

Hoitoa, palvelua ja ennaltaehkäisevää kuntoutumista täydentää merkittävästi se, jos työyhteisö omaa sosiokulttuurisen vanhuskasityksen ja tämän mukaisen vanhusmyönteisen ajattelu- ja asennekulttuurin osana kuntouttavaa työotetta. Tepponen (2009, 179) toteaa, ettei kaikkien sosiokulttuuristen menetelmien käytössä tarvita lisää resursseja, vaan uudenlaisia asenteita ja työotteita. Tämän avulla työyhteisö tiedostaa ja osaa hyödyntää erilaisia luovan toiminnan menetelmiä ja näkee taide- ja kulttuuritoiminnan mahdollisuudet ikäihmisen arjen rikastuttajana. Mielekästä tekemistä, itsensä toteuttamisen mahdollisuutta ja esteettisten elämysten kokemista korostetaan myös ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008, 31).

Semi (2007, 152) toteaa osuvasti, ettei elämä ihmisessä vanhene, oli hän sitten vanha tai nuori. Hän toteaa, miten ilmaisumenetelmät vapauttavat osallistujat kertomaan elämästään erityisellä tavalla. Tärkeää ei ole hieno lopputulos, vaan itse prosessi, jossa yhdistyy liikkeen antama aivostimulaatio, sosiaalisuus ja puhumisen antama virike, korostaa Madori (2008). Myös Noppari ja Leinonen toteavat, miten luoviin menetelmiin liittyy usein hoitava hyvän olon tunne, joka syntyy omasta tekemisestä ja itsensä toteuttamisesta (Noppari ja Leinonen 2007, 48–49, Noppari 2007, 214; ks. Madori 2007, 54; Hohenthal-Antin 2009, 23–26; Tuulari, 2000, 29–32; Tummavuori & Vilo 2005, 52; Andreev & Salomaa, 2005 161–164). Ilmaisulliset menetelmät ja sosiokulttuurisen työn menetelmät soveltuvat hyvin myös kotihoidossa. Ikääntyneiden parissa sosiokulttuuriset työmenetelmät lukeutuvat gerontologisen sosiaalityön kenttään, joita käytetään myös ehkäisevän työn menetelminä, kirjoittaa Suomi (Suomi 2008, 141).

Sosiokulttuuristen menetelmien käyttäminen ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on todettu merkittäväksi monissa tutkimuksissa. Hyypän ja Liikasen mukaan taide- ja kulttuuritoiminnalla on välineellistä vaikutusta ihmisen hyvinvointiin. Tärkeimpänä he näkevät taiteen elämyksenä, merkityksinä ja taidenautintoina osana ihmisen tarpeita. Taide viritää aisteja ja rikastuttaa elämysmaailmaa. He mainitsevat taiteen ja kulttuuritoiminnan yhteyden hyvään terveyteen, parempaan työkykyyn ja hyvän elämän kokemuksiin. He näkevät tärkeänä kulttuuritoiminnan ja harrastamisen myötä syntyvän yhteisöllisyyden ja sosiaaliset verkostot, jotka auttavat hallitsemaan elämää paremmin. Lisäksi he painottavat taiteen, arkkitehtuurin ja sisustamisen vaikutuksia viihtyisämmän ympäristön luomiseksi. Kaunis ympäristö ja luonto virkistävät ja voivat edesauttaa kuntoutumisessa. Taiteella ja kulttuurilla on heidän mukaansa vaikutusta sosiaaliseen hyvän elämän kokemuksiin. (Hyypä & Liikanen 2005 112–113, ks. Suomi 2008, 142–146.)

Liikasen Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia -ehdotus toimintaohjelmaksi vuosille 2010–2014 on merkittävä päänavaus kohti kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tavoittelua kaikkien ikäryhmien ja myös ikäihmisten hyväksi sosiaali- ja terveyspalveluissa. Liikasen toimintaohjelma antaa perustellut lähtökohdat taide- ja kulttuuritoiminnan sisällyttämisestä osaksi kokonaisvaltaista hoitoa ja palvelua myös kotihoidon kentällä (Liikanen 2010, 3, 10).

5.4 Johtopäätökset

Tutkimus antaa hyvät mahdollisuudet tutkia ja tehdä johtopäätöksiä siitä, miten asiakkaat kokevat saamansa palvelut. Kysely tuotti tärkeää kokemustietoa palveluiden käyttäjiltä. Tulokset tuovat tietoa siitä, miten palvelut ikäihmisten mielestä vaikuttavat omassa kodissa pärjäämiseen. Tuloksista voidaan päätellä kotona asuvien ikäihmisten psykososiaalisen tuen tarpeen määrää sekä laatua. Voidaan myös pohtia, toteutuuko asiakas- ja tarvelähtöisyys palveluiden tuottamisessa. Tärkeänä näkökulmana ovat ikäihmisten tuottamat kirjalliset kehittämis ehdotukset kotihoidolle ja toiveet oman kotona asumisen parantamiseksi. Kyselyn tulokset tuottivat kattavan kuvan siitä, mitä kodinhoidollisia, ympäristöön tai ikäihmisen toimintakykyyn liittyviä palveluja tulisi kehittää paremmin tarpeita vastaaviksi.

Tässä tutkimuksessa saadut ja esitetyt tulokset olivat suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin. Valtion tarkastusviraston tekemän tuloksellisuustarkastuskertomuksen mukaan vanhuspalvelujen – säännöllisen kotihoidon tulokset ovat myös hyvin samansuuntaisia. Yhtäläisyyttä oli yksilöllisten palvelutarpeiden lisäämiselle, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen tarpeelle, ikäihmisen voimavarojen tunnistamiselle, toimintakykyä kokonaisvaltaisesti kattavalle palvelutarpeiden arvioimiselle ja koetun yksinäisyyden lievittämiselle. Siivous ja kodinhoidolliset työt ovat suuren enemmistön ongelma ja siihen tulisi vastata. Tuloksellisuustarkastuskertomuksen mukaan kotihoito on medikalisoitunut ja sosiaalihuollollinen asiantuntemus on häviämässä. Gerontologista osaamista ja sosiokulttuurista työotetta tulisi lisätä vastaamaan yksilöllisiä palvelutarpeita ja näin parantamaan ikäihmisten mahdollisuutta asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään. (Vanhuspalvelut – säännöllinen kotihoito 2010 27–29, 82, 92–93, 106–107, 116.)

Nyt saatujen tulosten mukaan 72 prosenttia (kuvio 3 s. 27) vastaajista asui yksin, huomiota on syytä kiinnittää kokonaisvaltaisesti toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin. On tarpeen pohtia, miten kotona asumista voitaisiin tukea yksilöllisesti esimerkiksi palveluohjauksen avulla. Tavoitteena tulisi olla, että ikäihminen kokee elävänsä täyttä elämää iän tuomista haitoista huolimatta. Lähtökohtana on ikäihmisten kokonaisvaltaista toimintakykyä ylläpitävä toiminta, sisältäen fyysisen, psykososiaalisen ja henkisen toimintakyvyn osa-alueet. Tärkeänä näkökulmana on tukea ikäihmisen toimijuutta niissä yksilöllisissä asioissa ja tilanteissa, jotka tuottavat juuri hänelle hyvän elämän toteutumista. Jyrkämä (2007, 208) kiteyttää ihmisen mie-

lenmaisemaa sanoen, että yksilöt rakentavat omaa elämänsä tulevaisuutta käyttäen hallussaan olevia resursseja. Tähän vaikuttavat ihmisen ajallisaikallinen tilanne ja siihen liittyvien sosiokulttuuristen olosuhteiden avaamat vaihtoehdot ja mahdollisuudet toimia ja tehdä valintoja.

Palveluohjauksella voidaan tukea ikäihmisen toimijuutta ja psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden yhteensovittamisen näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa nousi vahvasti esiin kodinhoidollisten töiden hankaluus, asuinympäristön haitat, neuvon tarve, psykososiaalisen tuen puute ja vähäiset osallistumisen mahdollisuudet kodin ulkopuolelle. Kotihoidon palveluita tulisi vastaajien mielestä kehittää monipuolisemmiksi ja yksilöllisemmiksi.

Ikääntyneen psykososiaalinen toimintakyky on koetuksella monien altistavien tekijöiden vuoksi. Ikääntynyt tarvitsee runsaasti tukea selviytyäkseen lukemattomien muutosten tuomista riski- ja stressitekijöistä. Tästä syystä käsittelin opinnäytetyössä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa sillä se on ikäihmisen, hänen läheistensä ja palveluntuottajien yhteistyössä laatima keskeinen asiakirja toimivan ja laadukkaan palvelukokonaisuuden toteuttamiselle (STM 2008, 30). Kankare & Lintula tarkentavat, miten asiakaslähtöiset palvelut huomioivat ikäihmisen omat voimavarat ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuden. Ikäihmisiä kuuleva palvelujärjestelmä kohtaa ihmisen tarpeet sekä kunnioittaa yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Palvelujen tulee kannustaa toimintaan, tukea ikäihmisen omatoimisuutta ja rohkaista tätä käyttämään vahvoja puoliaan. (Kankare & Lintula 2004, 32.)

Hakosen mukaan ehkäisevä vanhuspolitiikka ja voimavaralähtöinen lähestymistapa ikäihmisen kohtaamisen lähtökohtana rakentavat hyvän elämän kokonaisuutta. Tässä näkökulmassa ikäihminen on aktiivinen toimija, subjekti. Arvolähtökohtana ihminen on pätevä ja tällä on mahdollisuus oppia, kasvaa ja eheytyä. Painopiste on ikäihmisen itse määrittelemissä omissa ja lähiyhteisönsä voimavaroissa. Omaisten osuus on tärkeä. Voimavarojen arvioinnissa tulisi käyttää kvalitatiivisia mittareita, kuten haastattelua ja havainnointia. Jyrkämän (2007, 206–207) toimijuuden modaliteetit osata, kyetä, täytyä, voida, haluta ja tuntea soveltuvat kvalitatiiviseksi mittariksi kotihoidossa voimavarojen ja toimintakyvyn arvioinnissa. (Hakonen 2008b 112–113.)

Arki ja ikäihmisen elämänsä jatkuvuus tulisi nähdä elämänsä jatkuvuutena jossa arjen kulttuurisuus toteutuu. Työote tulisi myös olla kokonaisvaltainen ja suunnitelmallinen, ja jossa myös onnistuneisiin hetkiin keskitytään puheissa ja teoissa. Yhteiskunnan ja työyhteisön myönteinen asennoituminen ikääntymiseen mahdollistaa ikäihmisen subjektiivisen voimaantumisen ja osallisuuden yhteiskunnassa (Hakonen 2008a, 111). Tämä pätee niin ikäihmisillä kuin rinnalla kulkijoilla. Asennekulttuurin muutoksella ja ikäihmisten hyvinvoinnista huolta kantavana voi jokainen omalta osaltaan vaikuttaa hyvän elämän toteutumiseen. (Suomi 2008, 117–118.)

Taide- ja kulttuuritoiminta tuo monia mielekkäitä ulottuvuuksia ikäihmisen elämään. Myös sosiaaliset verkostot ja kohtaamisen paikat mahdollistavat toimintaa, joka rikastaa elämää, tekee siitä elämisen arvoisen ja kiinnittää yhteisöön. Ikäihmiset tulee nähdä myös kulttuurisina toimijoina, jotka parhaimmillaan eheytyvät ja voivat tuntea omien elämäntavoitteitensa toteutumista. (Hakonen, 2008c, 141.) Liikasen mukaan toiminnallinen ryhmä yhdistää ihmisen elinympäristöönsä ja toisiin ihmisiin. Hän toteaa, miten ikäihmisille suunnattujen toiminnallisten ryhmien käyttö sosiaalityön tukena tähtää yksilön toimintakyvyn tukemiseen ja voimaannuttamiseen. Toiminnalliset ryhmät tuovat arkeen kokemuksellisuutta ja elämyksiä. Tällä on myös vaikutusta ihmisen ajatteluun ja kognitiivisiin valmiuksiin. Haverinen painottaa kotona asuvien ikäihmisten yhteisöllisyyden merkitystä. Sitä tulisi hänen mukaansa tukea monin tavoin. Toteuttamiseen tarvitaan yhteistyötä asuinalueen eri toimijoiden kuten kolmannen sektorin, yhdistysten, seurakunnan ym. tahojen kanssa. Sosiaalinen osallisuus, kuuluminen johonkin yhteisöön on eurooppalaisen sosiaalipolitiikan keskeinen käsite. Aktiivinen osallisuus nähdään keinona ehkäistä elämästä sivussa olemista, eristymistä ja syrjäytymistä. (Haverinen 2008, 232; Liikanen 2007, 78.)

Sosiaalisesti kestävä yhteiskunta tavoittelee strategisissa valinnoissa kaikille mahdollisuutta hyvinvointiin. Toimenpiteinä tämä tarkoittaa muun muassa että vähennetään hyvinvointi- ja terveyseroja, otetaan asiakaskeksisyys palvelujen lähtökohdaksi, omaksutaan uudet palvelujen rakenteet ja toimintatavat sekä pidetään yllä vahvaa sosiaalista yhteenkuuluvuutta. (STM 2010 4,10.) EU:n sosiaalipolitiikka näkee myös ikäihmisten hoidon ja hoivan nojautuvan tulevaisuudessa oletukseen, että he itse maksavat palveluista ja omaiset kantavat vastuuta hoivasta. (Haverinen 2008, 237.)

Kotihoito on suurten haasteiden edessä ikäihmisten määrän kasvaessa lähivuosina. Palvelutarpeet ovat jo nyt yksilöllisiä ja tulevat uusien ikäpolvien myötä entisestäänkin monipuolistumaan. Raunio kirjoittaa, miten ihmisten arkielämän asiat eivät lokeroidu siististi ammatillisiin kategorioihin ja vastuualueisiin, vaan tarvitaan asiantuntemuksen ja palvelujen uudenlaista yhdistämistä. Hänen mukaansa ihmisten palvelutarpeet moninaistuvat ja moniongelmatilanteet ovat entistä tavallisempia. (Raunio 2008, 40). Miten kunnallinen kotihoito pystyy vastaamaan nykyisiin ja muuttuviin yksilöllisiin palvelutarpeisiin, on ajankohtainen kysymys.

Saadut tulokset tarjoavat monia mahdollisuuksia jatkotutkimukselle. Kiinnostavaa olisi selvittää kotihoidon työntekijän omia näkemyksiä työnsä merkityksestä kotona asuville ikäihmisille. Lisäksi olisi hyödyllistä selvittää, miten kotihoidon työntekijät kokevat voivansa toteuttaa ikäihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä tukevaa kuntouttavaa työtettä yhdistetyssä kotihoidossa.

Kotihoidossa gerontologista osaamista tulisi vahvistaa niin, että asiakaskeksisyys tulee näkyväksi ikäihmisen arjessa. Moniammatillinen yhteistyö, verkottuminen ja yhteistyö yli hallintorajojen, yhteistyö kolmannen sektorin kanssa, palveluohjaus ja sosiokulttuurisuus ovat keinoja tukea

ikäihmistä hyvään vanhenemiseen, osallisuuteen ja tasa-arvoiseen kansalaisuuteen.

LÄHTEET

- Alanko, A. & Haarni, I. 2007. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Alastalo, M. 2005. Metodi-suhdanteiden mahti. Lomaketutkimus suomalaisessa sosiologiassa 1947–2000. Tampere: Vastapaino.
- Andreev, T. & Salomaa, V. 2005. Kokemista ja kuvitusta – luovat ja toiminnalliset menetelmät vanhustyössä. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatia vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 161–192.
- Blomqvist, L. & Huovila, E. 2005. Yhdessä elämyksiä arkeen – kartoitusraportti. Vanhustyön keskusliiton raportti 1/2005. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Gothi, R. 2007. Vanhana ja arvostettuna – dialoginen essee vanhuudesta. Teoksessa Tulva, T., Uusitalo, I. & Harra, K. (toim.) Vanhuuden monet kasvot. Tallinnan yliopiston sosiaalityön laitoksen julkaisuja. Helsinki: OKKA-säätiö, 11–17.
- Grönlund, R. 2010. Pitkään kotona kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 119–151.
- Haarni, I., Viljanen, M. & Alanko, A. 2010. Ikääntyminen ja alkoholin käyttö. Teoksessa Alanko A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 7–13.
- Hakonen, S. & Marin, M. 2003. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hakonen, S. 2008a. Ehkäisevä näkökulma. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 111.
- Hakonen, S. 2008b. Ehkäisevä politiikka ja työtä käytännössä. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 112–113.
- Hakonen, S. 2008c. Ikääntyvien voimavarat. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 121–152.

Hakonen, S. 2008d. Ikäideat ikäkäytäntöjen työkaluiksi. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 33–52.

Haverinen, R. 2008. Osallisuutta ja ikäihmisen kunnioitusta – Ikääntyneiden palvelukokemuksia. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 219–242.

Heinola, R. 2007. (toim.) Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes, 98–112.

Helminen, P. & Karisto, A. 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 9–18.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uusittu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hohenthal-Antin, L. 2009. Luova muistelutyö ja sen osatekijät. Teoksessa Muistot näkyviksi. Muistelutyön menetelmiä ja merkityksiä. Jyväskylä: PS-kustannus, 137–143.

Hyyppä, M.T. & Liikanen, H-L. 2005. Taide- ja kulttuuritoiminnan vaikutus sosiaaliseen hyvinvointiin. Teoksessa Kulttuuri ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, 104–113.

Hämäläinen, J. & Kurki, L. 1997. Sosiaalipedagogiikka. Porvoo: WSOY.

Hänninen, K. 2008. Palveluohjaus – Täsmäpalvelua ikäihmisille. Teoksessa. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 196–219.

Jyrkämä, J. 2003a. Ikääntyminen toimintakyky ja toimintatilanteet. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 13–21.

Jyrkämä, J. 2003b. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 267–271.

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimintatilanteet – Aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 195–217.

Kangasalan vanhuspalvelujen kehittämissuunnitelma ja toimenpideohjelma 2010–2020. Viitattu 20.4.2011.

<http://www.kangasala.fi/@Bin/695847/vanhuspalvelujen+kehitt%C3%A4missuunnitelma.pdf>

Kangasalan kunnan kotihoidon kriteerit. 2009. Viitattu 17.4.2011.

<http://www.kangasala.fi/@Bin/754377/Kotihoidon+kriteerit.pdf>

Kankare, H. & Lintula, H. 2004. (toim.) Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 19–32.

Kettunen, R. 2002. Toimintakyky ja sen ulottuvuudet. Teoksessa Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. (toim.) Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 20–22.

Koskinen, S. 2007. Ikäihmisen asema Suomessa ja ikääntymisen käsityksiä. Teoksessa Tulva, T., Uusitalo, I. & Harra, K. (toim.) Vanhuuden monet kasvot. Tallinnan yliopiston sosiaalityön laitoksen julkaisuja. Helsinki: OKKA-säätiö, 18–44.

Kurki, L. 2007a. Innostava vanhuus. Sosiokulttuurinen innostaminen vanhempien aikuisten parissa. 2. painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kurki, L. 2007b. Sosiaalipedagogista toimintaa ikäihmisten parissa - Sosiokulttuurinen innostaminen. Teoksessa Hämäläinen, J. (toim.) Sosiaalipedagoginen aikakauskirja. Vuosikirja 2007. 8. Vuosikerta. Kuopio: Suomen sosiaalipedagoginen seura ry, 197–230.

Kuronen, T. 2007. Vanhusten kotisiivous – hoivaa vai palvelua? Teoksessa Seppänen, M. Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 121–138.

Laitinen, M. 2004. Välittämisen etiikka vanhustyön lähtökohtana. Teoksessa. Vanhuksen äänen kuuleminen. Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 50–56.

Laukkanen, P. 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 255–266.

Liikanen, H-L. 2007. Gerontologisen sosiaalityön menetelmiä. Teoksessa Seppänen, M. Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 69–91.

Liikanen, H-L. 2010. Taiteesta kulttuurista hyvinvointia – ehdotus toimintaohjelmaksi 2010–2014. Viitattu 10.2.2011.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2010/liitteet/OPM1.pdf?lang=fi>

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi – hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

Madori, L. L. 2007. Therapeutic Thematic Arts Programming for Older Adults. Health Professions Press.

Madori, L. L. 2008. Taiteita hyödyntävä muistisairaiden vanhusten kuntoutusmenetelmä. Seminaari. Hämeen ammattikorkeakoulu. 12.3.2008. Seminaari muistiinpanot ja jaettu materiaali.

Mannonen, A. 1997. Hoito ja estetiikka. Teoksessa Kokkola, A. & Kotilainen, H. (toim.) Pieni on kaunista – projekti vuosina 1994 -1996. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 46–54.

MielenMuutos-hanke 2007- 2010. Viitattu 23.3.2011

http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/hankkeet/ikaihmissen_mielenterveys/

Myllärinen, A-R. & Tast, E. 2001. Sosiaalialan uuden asiantuntijuuden rakentaminen koulutuksen ja työelämän yhteistyönä. Sosiaalipedagoginen orientaatio ammattikorkeakoulun sosiaalialan koulutusohjelmassa. Hämeenlinna: Publisher.

Niemelä, A-L 2009. Ketkä ovat syrjäytyneitä? Teoksessa Engeström, Y., Nummijoki, J., Niemelä, A-L. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 25–48.

Niemelä, A-L. & Nikkilä, A. 2009. Yksinäisenä omassa kodissa. Teoksessa Engeström, Y. Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 135–163.

Noppari, E. Kiiltomäki, A., Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Teoksessa Kiiltomäki, A., Pesonen, A. & Noppari, E. (toim.) Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Engeström, Y. Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 87–134.

Näslindh-Ylispangas, A. 2005. Vanhuksen olemassaolon kokemuksen vahvistaminen yhteisössä. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 147–158.

Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihitteet – Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Kehittämiskeskus Tyynelä. Helsinki: Kirjapaja.

Ollikainen, L. 2004. Nykyisen vanhuksen ääni. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 179–191.

Paasivaara, L. 2004. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 19–32.

Pietiläinen, E. & Seppälä, H. 2003. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Pitkälä, K. Routasalo, P. & Blomqvist, L. (toim.). 2004. Taide ja viriker ryhmät psykososiaalisena kuntoutuksena. Tutkimusraportti 5. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 55–65.

Raunio, K. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelujen toteuttamiseen ja palvelujen käyttäjän asemaan. Versio huhtikuu 2008. Sosiaali- ja terveystalouden moniammatilliset johtamisopinnot. Ongelma 7. Tampere: Tampereen yliopisto.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys – Haaste hoitotyölle. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 19–31.

Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Tutkimusraportti 3. Helsinki: Vanhustyön Keskusliitto.

Saarela, T. A. 2002. Mielialaongelmien tunnistaminen ja hoito. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, U. & Paasivaara, L. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes,

Saarenheimo, M. 2003. Merkityksellinen elämä. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 44–56.

Salonen, K. 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyössä – avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olo-olomuotoisuudesta. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 26. Väitöskirja.

Semi, T. 2007. Polkuja ilmaisulliseen vapauteen – Sosiokulttuurinen innostaminen vanhustyön yhteisössä. Teoksessa Tulva, T., Uusitalo, I. &

Harra, K. (toim.) Vanhuuden monet kasvot. Tallinnan yliopiston sosiaalityön laitoksen julkaisuja. Helsinki: OKKA-säätiö, 143–154.

Suomi, A. 2008. Voimaantuminen. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 117–118.

Suominen, S. 2002. Henkilökohtainen palveluohjaus. Case management mielenterveystyössä. Helsinki: Omaiset Mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry.

STM. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Viitattu 5.2.2011.

http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

STM. 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Viitattu 6.2.2010.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=D_LFE-14357.pdf

Tedre, S. 2003. Hoiva ja vanhuus. Teoksessa Hakonen, S. & Marin, M. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus. 57–70.

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Väitöskirja.

Tenkanen, R. 2007. Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa Seppänen, M. Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 181–192.

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes, 61–73.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Väitöskirja. Viitattu 17.3.2011.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf

Tumnavuori, I. & Vilo, R. 2005. Ikääntyneiden ryhmien ohjaaminen. Teoksessa Marjovuori, A., Pitkälä, K. & Routasalo, P. (toim.) Ikääntyneiden yksinäisyys – Senioripysäkin ryhmäterapia psykososiaalisena kuntoutuksena. Tutkimusraportti 8. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 50–57.

Tuulari, J. 2000. Kirjoittamisesta itseilmaisun välineenä. Teoksessa Heikkilä, T., Paloheimo, L. & Taipale, I. (toim.). *Mieli ja Taide*. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto ry, 29–32.

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja palvelut – nykytila ja vuosi 2015. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Ikääntyminen voimavarana. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Viitattu 3.4.2011.
<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>

Vanhuspalvelut – säännöllinen kotihoito. Valtion tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 214/2010. Viitattu 25.04.2011.
http://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_nettti.pdf

Voutilainen, P. 2002. Kokonaistilanteen selvittämisellä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Teoksessa Vaarama, M., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. Backman, K. & Voutilainen, P. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun*. Oppaita 49. Helsinki: Stakes, 91–95.

Voutilainen, P. 2007. Laadun arviointi. Teoksessa. *Asiakaslähtöinen kotihoito*. Heinola, R. (toim.) *Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Oppaita 70. Helsinki: Stakes, 13–15.

Zechner, M. 2007. Puolisoitaan hoivaavien luottamus vanhuspalveluihin. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 139–166.

Pirjo Saloranta
Hämeen ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma

9.11.2010

Hyvä kotihoidon asiakas!

Teen Hämeen ammattikorkeakoulussa sosionomin tutkintoon sisältyvää opinnäytetyötä. Työhön liittyy asiakastyytyväisyyskysely, johon ystävällisesti toivon Teidän vastaavan.

Kysely on suunnattu kaikille Kangasalan kotihoidon asiakkaille. Kyselyn tavoitteena on selvittää kotihoidon laatua ja psykososiaalisen tuen tarvetta. Tuloksia hyödyntävät kotihoito ja allekirjoittanut omassa opinnäytetyössään.

Kysely palautetaan oheisessa kirjekuoressa 3.12.2010 mennessä **kodinhoitajalle tai kotihoidon toimistoon**. Voitte täyttää kyselyn itse tai omaisenne kanssa. Kertokaa kodinhoitajalle jos tarvitsette apua kyselyn täyttämisessä, niin Teitä avustaa kotihoidon oppisopimusopiskelija.

Olisin kiitollinen antamastanne avusta!

Ystävällisin terveisin

Sosionomi opiskelija
Pirjo Saloranta

Pirjo Saloranta
10.11.2010
Hämeen ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma

LUPA mielipiteidenne käyttämiseen opinnäytetyössäni

Pyydän ystävällisesti lupaanne kotihoidon laatua koskevan kyselyn tuloksien käyttämiseen opinnäytetyössäni.

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden psykososiaalisen toimintakyvyn tukemista palveluohjauksen keinoin.

Tuloksia hyödynnetään myös kotihoidossa laadun ja palvelujen kehittämisessä asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi.

Opinnäytetyöhön ja kyselyyn osallistutaan anonymisti ja kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Lupa saatu ____ . ____ 2010

Nimenselvennys

Palautus 3.12.2010 mennessä yhdessä kyselylomakkeen kanssa.

Lämmin kiitos avustanne!

Pirjo Saloranta
Sosionomi opiskelija

ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY KOTIHOIDON ASIAKKAILLE

Alleviivatkaa oikea vaihtoehto, kiitos!

vastaajan sukupuoli: Mies, Nainen

vastaajan ikä: alle 65v, 65-74v, 75-84v, yli 85 v.

vastaajan siviilisääty: naimaton, naimisissa/avoliitossa, leski, asumuserossa, eronnut

vastaajan äidinkieli: suomi, ruotsi, saame, venäjä, muu, mikä? _____

vastaajan asumistapa: yksin, puolison kanssa, lasten kanssa, joku muu

vastaajan asumismuoto: kerrostalo, rivitalo, omakotitalo, joku muu

KOTIHOITOA KOSKEVAT TIEDOT

1. Kauanko olette ollut kotihoidon asiakkaana? Laittakaa rasti mielestänne sopivan vaihtoehdon perässä olevalle viivalle.

alle 1v. _____ 1-3 v. _____ 4-5v. _____ 6-7v. _____ yli 7v. _____

2. Mitä tukipalveluja käytätte? Laittakaa rasti oikean vaihtoehdon jälkeen viivalle.

Ateriapalvelut _____ turvapuhelin _____ kauppapalvelu _____ kuljetuspalvelut _____ kylvetyspalvelut _____ kuntoutuspalvelut _____ päivätoiminta _____ asiointiapu _____

3. Kuinka usein kotihoito käy luonanne?

useita kertoja päivässä _____ päivittäin _____ viikoittain _____ viikonloppuisin _____ harvemmin _____

4. Mihin aikaan päivästä kotihoito käy luonanne?

aamulla _____ päivällä _____ illalla _____ yöllä _____

5. Mitä apuvälineitä teillä on käytössänne? Laittakaa rasti yhden tai useamman vaihtoehdon jälkeen viivalle.

Rollaattori _____ kävelykeppi _____ wc-tuki _____ suihkutuoli _____ pyörätuoli _____ kuulolaite _____ syömisen apuvälineet _____ pukemisen apuvälineet _____ näkemisen apuvälineet _____ mikä muu _____

6. Millainen on terveydentilanteenne omasta mielestänne? Ympyröikää yksi vaihtoehto.

1. Erittäin hyvä 2. Melko hyvä 3. Kesinkertainen 4. Melko huono 5. Erittäin huono

7. Kotihoidon palveluiden ohjaus. Laittakaa rasti jokaisen lauseen ja väittämän kohdalle.

Ohjaustarve	aina	usein	joskus	ei koskaan
Saan tietoja eri tukipalveluista				
Terveystilani muuttuminen huomioidaan palveluissani				
Tiedän mitä palveluja ja apuvälineitä voisin saada				
Saan asiantuntevaa apua ongelmissani				
Minun ongelmiini tartutaan viipymättä				
Tiedän kuka on nimetty omahoitajani				
Saan tarvittaessa yhteyden kotihoitoon				

8. Miten koette omat voimavaranne? Laittakaa rasti jokaisen lauseen jälkeen sopivan väittämän kohdalle.

Pystyn osallistumaan	pystyn	hieman huonosti	en pysty
1. Henkilökohtaisen hygienian hoitamiseen			
2. Kirjallisten asioiden hoitamiseen			
3. Kodin askareiden hoitamiseen			
4. Fyysisen kuntoni ylläpitämiseen			
5. Harrastuksiin kodin ulkopuolelle			
6. Suhteiden ylläpitämiseen			
7. Ulkoiluun			

KOTIHOIDON LAATU

9. Tyytyväisyyteni kotihoidon palveluiden laatuun. Laittakaa rasti jokaiseen kohtaan sopivan väittämän kohdalle.

Olen tyytyväinen	aina	usein	joskus	ei koskaan	ei ole palvelua
1. Ateriapalveluun					
2. Lääkepalveluun					
3. Turvapalveluun					
4. Kotihoidon työntekijän työhön					
5. Kotisairaanhoidon					
6. Kylvetyspalveluun					
7. Kauppapalveluun					
8. Asiointiapuun					
9. Päivätoimintaan					
10. Kotihoitoon yleisesti					

10. Mistä eri tahoilta kuin kotihoidolta saatte apua tällä hetkellä? Ympyröikää sopivat vaihtoehdot.

1. Omaisilta 2. Naapureilta 3. Ystäviltä 4. Tuttavilta 5. Seurakunnalta
6. Vapaaehtoisjärjestöiltä 7. En mistään.

11. Tyytyväisyyteni saamaani kohteluun. Laittakaa rasti jokaisen lauseen jälkeen oikean väittämän kohdalle.

Minua kohdellaan	aina	usein	joskus	ei koskaan
1. Minua kohdellaan kunnioittavasti				
2. Minua kohdellaan arvostavasti				
3. Minua kohdellaan kärsivällisesti				
4. Minua kohdellaan ystävällisesti				
5. Minua kohdellaan asiallisesti				

12. Tyytyväisyyteni kotihoidon työntekijän toimintaan. Laittakaa rasti jokaisen lauseen jälkeen oikean väittämän kohdalle.

Yhteistyö kotihoidon työntekijän kanssa	aina	usein	joskus	ei koskaan
1. Onko kotihoidon työntekijä luonanne riittävän ajan				
2. Yksityisyyttäni kunnioitetaan				
3. Voin luottaa kotihoidon työntekijään				
4. Ulkoilen kotihoidon työntekijän kanssa				
5. Kotihoidon työntekijä seuraa vointiani				
6. Kotihoidon työntekijä tekee työnsä hyvin				
7. Kotihoidon työntekijä on kiireinen				
8. Saan apua liikkumiseeni				
9. Kotihoidon työntekijä toimii hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti				
10. Kotihoidon työntekijä kannustaa omatoimisuuteen				
11. Voin puhua vaikeistakin asioista				
12. Hyvinvointini on yhteinen tavoite				
13. Luonani käy monia kotihoidon työntekijöitä				

13. Palveluun vaikuttaminen. Laittakaa rasti jokaisen lauseen jälkeen oikean väittämän kohdalle.

Vaikuttamisen mahdollisuus	aina	usein	joskus	ei koskaan
1. Mielipiteeni huomioidaan hoito- ja palvelusuunnitelman teossa				
2. Omaiseni voivat osallistua hoitoni suunnitteluun				
3. Toimintakykyni huomioidaan palvelujen kartoittamisessa				
4. Turvallisuuden tarpeeni huomioidaan				
5. Toiveitani arjen parantamiseksi otetaan huomioon				
6. Voin vaikuttaa milloin kotihoito käy luonani				

Kotona asumisen laatu.



14. Valitkaa rastittamalla seuraavista väittämistä kaksi mieluisinta:

1. Asun kaikkein mieluimmin kotona 2. Haluaisin saada lisää apua kotona asumiseeni 3. Toivoisin, että luonani käytäisiin useammin ja minulla olisi seuraa enemmän 4. haluaisin asua palvelutalossa 5, haluaisin asua laitoksessa

15. Arki kotona. Laittakaa rasti jokaisen lauseen jälkeen oikean väittämän kohdalle.

Arjen kokeminen	aina	usein	joskus	ei koskaan
1. Koen itseni yksinäiseksi				
2. Koen olevani masentunut				
3. Koen itseni tarpeelliseksi				
4. Koen itseni onnelliseksi				
5. Koen itseni tyytyväiseksi				
6. Koen itseni turvattomaksi				
7. Minulla on mielekästä tekemistä				

16. Kuinka usein osallistutte / käytte kodin ulkopuolella. Laittakaa rasti jokaisen lauseen jälkeen oikean väittämän kohdalle.

Osallistumisen mahdollisuus	säännöllisesti	joskus	ei koskaan
1. Vierailen ystäväni luona			
2. Vierailen omaisteni luona			
3. Kyläilen naapurissa			
4. Harrastan ulkoilua			
5. Käyn harrastustoiminnassa (käsityökerho, taidekerho tms.)			
6. Osallistun kulttuuritoimintaan (teatteri, taidenäyttelyt, konsertit yms.)			
7. Käyn vertaisryhmätoiminnassa			
8. Käyn hengellisissä tilaisuuksissa (kirkko, srk:n päiväkerho yms.)			
9. Haluaisin käydä mutta en pääse... Missä? _____			

17. Voisitteko mainita jotakin sellaisia asioita / tekijöitä jotka vaikeuttavat kotona asumista?

18. Miten kotihoidon palveluita tulisi kehittää, jotta ne tukisivat kotona asumista?

Muuta sanottavaa _____

19. Täytittekö kyselyn itse, vai auttoiko teitä siinä joku muu? täytin itse _____ minua auttoi toinen henkilö _____. Kiitos vastauksistanne!